سيكولوجية ذوى العاهات

مؤسسة التأهيل المهنى بالقاهرة

سيكولوجية ذوى العاهات

هدية

تأليف

الدكتور مختار حمزة

دكتوراه فى علم النفس وزميل بالجمعية البريطانية لعلم النفس
ومدرس علم النفس بجامعة عين شمس

النشرة الرابعة من سلسلة النشرات الفنية
التى تصدرها مؤسسة التأهيل المهنى بالقاهرة

تم طبع هذا الكتاب على مطابع
دار المعارف بمصر سنة ١٩٥٦

فهرس

الفصل الثانى

الصحة النفسية ووسائل التكيف

الباب الثانى

سيكولوجية الجماعات الخاصة

الفصل الثالث

سيكولوجية الأصم

صفحة

الفصل الرابع

سيكولوجية ثقيل السمع

الفصل الخامس

سيكولوجية الأعمى

صفحة

الفصل السادس

سيكولوجية ضعيف البصر

الفصل السابع

سيكولوجية المصاب بشلل الأطفال

الفصل الثامن

سيكولوجية المقعد

الفصل التاسع

سيكولوجية مشوه الوجه

الفصل العاشر

سيكولوجية المريض بالسل

الفصل الحادى عشر

سيكولوجية ثقيل الكلام

صفحة

الباب الثالث ٢٥٧

الاختبارات والتوجيه المهنى لذوى العاهات

الفصل الثانى عشر

الطرق السيكولوجية فى تحليل المهن

الفصل الثالث عشر

تحليل الفرد — (أ) مبادئ وتقييم الطرق المتبعة

الفصل الرابع عشر

تحليل الفرد (ب) الاختبارات السيكولوجية وغيرها من وسائل التوجيه المهنى

صفحة

الفصل الخامس عشر

التوجيه المهنى لذوى العاهات

بسم الله الرحمن الرحيم

التقديم

التأهيل المهنى ميدان من أهم ميادين الرعاية الاجتماعية ، أساس العمل فيه معاونة من يعجزون عن العمل بسبب حوادث تعرضوا لها أو نتيجة لأمراض أصيبوا بها ، ليتمكنوا من استئناف أعمالهم أو مزاولة أعمال جديدة تلائمهم ، يقومون بها كغيرهم من العمال الذين يعملون ، ينتجون ويساهمون فى بناء أوطانهم ورفاهية بلادهم .

ولقد اهتمت الدول الواعية ببرامج التأهيل المهنى وزاد اهتمامها بتلك البرامج بعد الحروب التى خلفت وراءها عدداً ضخماً من العاجزين عن العمل ، فأصبح الكثيرون منهم عمالا منتجين وأصحاب أعمال ناجحين يساهمون فى إنتاج بلادهم ويزيدون من دخلها القومى ويدعمون مركزها الاقتصادى ، بعد أن كانوا عالة عليها ترصد لمساعدتهم وإعانتهم أموالا تزيد فى أعبائها وتثقل كاهلها وتحد نشاطها الاقتصادى والاجتماعى .

لذلك لم يفت مصر الناهضة ، التى قامت تعيد بناء صرحها الاقتصادى والاجتماعى قوياً شامخاً ، أن تولى التأهيل المهنى ما يستحقه من اهتمام ، فبدأت من عام ١٩٥٢ فى إنشاء وتأسيس مكاتب ومؤسسات التأهيل تديرها على أحدث الطرق الفنية ، وبالرغم من حداثة عهد هذه المؤسسات فقد خطت خطوات موفقة فى النهوض برسالتها .

ولما كانت برامج التأهيل المهنى تقوم على أسس فنية ، يتعاون على تنفيذها

إخصائيون فنيون فى النواحى المهنية والاجتماعية والطبية والنفسية ، فقد اهتمت مؤسسة التأهيل المهنى بالقاهرة بنشر البحوث الفنية التى يضعها الاخصائيون ، كل فى ميدانه ، ليزداد النفع بها ويعم تبادل الرأى فيها .

ويسر المؤسسة أن تقدم للمهتمين بالإصلاح الاجتماعى والتأهيل المهنى والمعنيين بالدراسات الاجتماعية والنفسية كتاب « سيكولوجية ذوى العاهات » الذى قام بتأليفه السيد الدكتور مختار حمزة .

ولا شك فى أنهم جميعاً سيجدون فيه ما يعينهم وينير الطريق أمامهم فى ميادين عملهم . كما يسر المؤسسة أن تذكر للسيد المؤلف بالشكر والتقدير ما بذله من جهود موفقة فى سبيل إخراجه .

مجلس الادارة

بسم الله الرحمن الرحيم

مقـــدمة

أبرزت الإحصاءات الرسمية مشكلة كانت فى حيز النسيان ، وهى مشكلة ذوى العاهات والتشوهات الذين بلغ عددهم فى إحصاء عام ١٩٤٧ ٤٩٧ ٢٤٣ شخصاً ، هذا عدا المرضى بأمراض مزمنة وعدا الأشخاص الذين م تصل إليهم الإحصاءات . ويشمل الجزء الأكبر من ذوى العاهات إصابات العمل وحوادث المواصلات. وقد انضم إلى هؤلاء نسبة كبيرة بعد ذلك من مشوّهى الحرب ، وقد تعطل هؤلاء جميعاً عن أعمالهم وكسب عيشهم وقوت أولادهم .

وقد أثارت هذه المشكلة أولى الأمر من المهتمين بالشئون الاجتماعية وغيرهم من المشتغلين فى الميدان الاجتماعى ، فأنشأت وزارة الشئون الاجتماعية إدارة للتأهيل المهنى ، وبادرت هذه الإدارة بإنشاء مكتب للتأهيل عام ١٩٥١ ، وكان لى حظ الاشتراك فى العمل مع فريق الفنيين بالمكتب منذ البداية ، وكان أعضاء الفريق هم : الطبيب والأخصائى النفسى والأخصائى الاجتماعى وأخصائى الصناعات ومدير المكتب ومدير إدارة التأهيل ، وكان الجميع يشعرون بأنهم يعملون فى ميدان جديد فى مصر ، يحتاج إلى بذل جهود جبارة حتى يمكن إعادة كل شخص ذى عاهة إلى الحياة معززاً مكرماً بعد اكتشاف جميع إمكانياته الجسمية والعقلية ، وتهيئته للاندماج فى الحياة فى سعادة وهناء ، ولم تكن المهمة عسيرة وشاقة فحسب ، بل كان الوعى الاجتماعى بالمشكلة ضعيفاً للغاية ، ويكاد أن يكون منعدماً ، مما أوجد أمام المشتغلين صعوبات إضافية تفوق تلك التى يقابلها أمثالهم فى الخارج . وقد اتبع الفريق أسلوباً للعمل أساسه التعاون التام ، فكانوا يجتمعون بين كل حين وآخر لبحث الحالات الفردية قبل توجيهها

نهائياً ، وكان يحضر بعض اجتماعاتهم كبار الأخصائيين المهتمين بالمشكلة ومن هؤلاء السيد الدكتور محمد كامل حسين الأخصائى الأول فى جراحة العظام فى مصر ، ومن أوائل المهتمين بالمشكلة وكان وقتئذ مديراً لجامعة عين شمس .

ومن الصعوبات التى لاقاها المكتب حين ذاك أن أعماله والمشروعات التى كان يرى تنفيذها بالنسبة للعملاء كانت تتأخر كثيراً بسبب القيود الحكومية ، فتقرر أن يشرف عليه هيئة أهلية ، وبذلك اتسعت دائرة العمل واكتملت الوحدة بإنشاء مؤسسة كاملة للتأهيل ، تقبل بالقسم الداخلى فيها أطفالاً وشباناً ليتعلموا قدراً ملائماً من التعليم المدرسى والتدريب على بعض المهن المناسبة .

وكانت الصعوبات التى تقابلنى فى العمل لا حصر لها ، فلم أعدّ نفسى من قبل إعداداً كافياً لدراسة وبحث المشكلات السيكولوجية لذوى العاهات ، فالمشكلة حديثة على الجميع سواء فى مصر أم فى الخارج . فأخذت على عاتقى أن أدرس الحالات التى تعرض لى دراسة وافية بقدر الإمكان ، ولجأت إلى المؤلفات والمطبوعات الأجنبية فى الموضوع ، وساعدنى كثيراً بعض الخبراء الأجانب الذين استدعتهم الحكومة المصرية . وأنتهز هذه المناسبة لأقدم شكرى للدكتور هارلم والمستر ماك آدمز الخبيران من هيئة الأمم المتحدة .

وبدأت فى إعداد اختبارات سيكولوجية خاصة ، كما سجلت بيانات وافية عن الحالات ، وبدأت أكتب فى الموضوع فظهر مقالى الأول فى الكتاب السنوى لعلم النفس عام ١٩٥٤ عن « تأهيل العجزة وذوى العاهات » .

واستمرت عملية الدراسة والبحث ، وزادت عند تكليفى بالتعاون مع فريق آخر من الأساتذة فى مختلف المواد الأخرى ، لنعدّ مجموعة من عشرين من الأخصائيين الاجتماعيين لكى يصبحوا أخصائيين فى التأهيل ، وقد دربت هذه المجموعة على أساليب جمع البيانات وإجراء الاختبارات السيكولوجية وملء الاستفتاءات . وقد قام فريق منهم بدراسات مقارنة فى النواحى المزاجية بين العاديين وذوى العاهات على أساس استمارة مطبوعة أعددتها لهم ، وكانت البيانات

التى حصلوا عليها فى كثير من الأحيان ذات قيمة كبيرة فى توضيح تفصيلات المشكلات الاجتماعية لذوى العاهات. وقد شعر هؤلاء الأخصائيون بشدة حاجتهم إلى القراءة فيما يعينهم على تأدية خدماتهم على أسس سيكولوجية سليمة، وكنت أشعر معهم بقوة هذه الحاجة الملحة .

ولما كانت المكتبة العربية خاوية فى هذا الميدان ، فقد أردت أن أقدم هذا المجهود المتواضع بين يدى الأطباء والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والمدرسين وجميع المشتغلين بالشئون الاجتماعية ممن تهمهم هذه المشكلة ، لعلهم يجدون فيه بعض النواحى التى قد تساعد على خدمة هذا العدد الضخم من المرضى وذوى العاهات وهم قوة فائقة إذا أحسن استغلالها .

ويحتوى هذا الكتاب على ثلاثة أبواب رئيسية . فالباب الأول يعطى القارئ فكرة عن شخصية المرضى وذوى العاهات بصفة عامة ، والعوامل النفسية الهامة التى تؤثر على تكيفهم وعلى سلوكهم العام . والباب الثانى يتكوّن من عدة فصول يتخصص كل منها فى عاهة معينة أو مرض معين ويبحثه بشىء من التفصيل، فيتناول شخصية المصاب والعوامل التى تؤثر عليها، وتقدمه فى التحصيل الدراسى وتكيفه المهنى والاجتماعى . وقد تم اختيار تلك العاهات أو الأمراض الأكثر انتشاراً فى المجتمع المصرى والتى أمكن بحث حالة عدد مناسب من كل منها . والباب الأخير يبحث فى موضوع التوجيه المهنى فى أربعة فصول : يبحث الأول منها فى تحليل المهنة ، ويبحث الثانى والثالث فى تحليل الفرد ، ويبحث الفصل الأخير فى كيفية الاستفادة من البيانات والمعلومات السابق ذكرها فى توجيه المرضى وذوى العاهات .

وواضح أن الأبواب الثلاثة فى الكتاب ، يمكن قراءة كل منها مستقلا عن الآخر حسب رغبة القارئ وما يبتغيه من وراء هذه القراءة .

وإنى أشعر تماماً بقصور مادة هذا الكتاب عن المستوى الذى أبتغيه ، وكان ذلك سبباً فى تأخيره طوال هذه السنوات ، ولكنه على أى حال الكتاب

الأول من نوعه فى هذا الميدان . ونأمل أن نتمكن من عمل بعض التحسينات فى المستقبل إن شاء الله .

ولا يسعنى فى ختام هذه المقدمة إلا أن أقدم شكرى لكل من شجعنى وعاونى على إخراج هذا الكتاب ، وأخص بالذكر أستاذنا الكبير الدكتور يوسف مراد أستاذ علم النفس بكلية الآداب بجامعة القاهرة ، كما أشكر المسئولين فى وزارة الشئون الاجتماعية وإدارة التأهيل المهنى ومؤسسة التأهيل على المعاونات القيمة التى قدموها لى .

ولم يكن ميسوراً أن يتم هذا الكتاب لولا معونة أصدقائى الأطباء الذين تكرموا علىّ بذكر خبراتهم مع مرضاهم ، فلهم جميعاً أصدق الشكر ، وأخص بالذكر أخى وصديقى الدكتور عثمان سرور أخصائى جراحة الأعصاب بالقصر العينى لمساعدته القيمة فى تعريب كثير من الاصطلاحات الطبية التى قابلتها .

وأشكر الزميل الأستاذ حسن الحريرى لتفضله بمراجعة الكتاب من الناحية اللغوية وتلاميذى وإخوانى السادة مصطفى محمد زكى ومحمد حافظ وحمدى سيف النصر وجميع السادة الذين تعاونوا معى للعمل على إخراج هذا الكتاب إلى حيز التنفيذ فى أول فرصة ممكنة .

مختار حمزة

القاهرة فى أكتوبر ١٩٥٥

الباب الأول

دراسة عامة لذوى العاهات

الفصل الأول

تطور الشخصية ونموها

مقدمة

حينما نستعمل لفظ الشخصية ، فإننا نعنى أثر مختلف تصرفات الفرد على نفسه وعلى من حوله ، أى أننا نفكر فى كيفية ونوع تصرفات الفرد كوحدة وهذا يتبعه رد الفعل الخاص بنا نحو جميع تصرفات شخص ما .

بناء على ذلك يمكننا أن نقول إن الشخصية تتضمن نواحى النشاط الموحدة لمجموع عوامل القوة الموجودة فى شخص ما ، وتشمل عوامل القوة هذه أفكار الشخص ومشاعره وعاداته وأهدافه .

وليست الشخصية عبارة عن خلاصة مواد صادرة بطريقة سحرية عن الفرد ، بل إنها تمثل نواحى كائن يعيش فى بيئة خاصة به ضمن مجموعة من الكائنات الأخرى ، ومن ثم فإن نظرية الشخصية التى لدينا ، تنتج بدرجة كبيرة من الاختلاط بالآخرين ، إذ أن الصورة التى نكونها عن أنفسنا تتوقف إلى حد كبير على الصورة التى نعتقد أن الآخرين قد كونوها عنا ، وعلى ذلك يكون الاتجاه هو ما يعتقده الآخرون فينا .

ويتوقف رد الفعل الفردى وسلوك الشخص على علاقته المتبادلة بينه وبين بيئته ، أو بعبارة أخرى أنها ترجمة للعلاقة والتعامل المتبادل بين شخصية الفرد المعقدة وبين بيئته المعقدة كذلك ، والفرد فى بيئته يكون وحدة هامة وجزءاً مكملا موحداً ولا يتجزأ من هذه البيئة .

وإن تطور الشخصية يستلزم تكيف الشخص مع بيئته ، وتبدأ فى التكوين حينما يبدأ الطفل أولى مراحل تكيفه مع العالم الذى يولد فيه ، فمن أول وهلة عند الولادة حينما يبدأ الطفل البكاء تكون هذه أول خطوة فى مراحل تكيفه الطويلة مع بيئته ، وعندئذ تكون تصرفات الطفل مشابهة إلى حد كبير لغيره من الأطفال، ولكن بعد أن ينمو تختلف تصرفاته عن غيره من الأطفال حسب طبيعة العوامل والمؤثرات التى يتجاوب معها ، ومن هنا تكون شخصية الفرد مختلفة عن شخصية غيره من الأفراد .

محددات الشخصية

إن العوامل التى تحدد الشخصية يكمن بعضها فى الفرد نفسه على حين يكمن بعضها الآخر فى البيئة ، فالعوامل الموروثة التى تنطوى عليها شخصية الفرد لها أثر محدد ، ولا يظهر هذا الأثر إلا بحصول علاقات ومعاملات متبادلة بين الشخص وبين بيئته ، وتشمل هذه العوامل الموروثة والتى تؤثر على طبيعة تكيّفنا وبالتالى على شخصيتنا ، الكفاءة الذهنية أو الفكرية والبناء الجسمانى والمظهر العام وكذلك النواحى المزاجية . وينبغى أن نعلم أن كل من هذه الصفات من التعقيد بمكان وأن التعبيرات المذكورة ليست إلا تعبيرات عامة ينطوى تحتها رؤوس مواضيع تفصيلية كثيرة ، وعلى أية حال ، فإننا سنبحث أثر كل منها ، والوظيفة الخفية التى تؤديها كعوامل مؤثرة على الشخصية .

الحالة الجسمية والمظهر العام :

إن الشخص الطويل وذا المظهر الحسن يجعل الناس يتصرفون نحوه بشكل مغاير لتصرفاتهم إذا كان قصيراً وليس ذو مظهر حسن ، وذلك بصرف النظر عما يقول وعما يعمل . واتجاه الناس نحونا ونظرتهم إلينا بسبب مظهرنا

الجسمانى تؤثر كثيراً على مدى تكيفنا مع الناس الذين يعيشون فى بيئتنا ، فمثلا إذا توقع الناس منا أن نقوم بدور القيادة بسبب مظهرنا الجسمانى وقوتنا الجسمانية فغالباً ما نحاول تحقيق ذلك بدون وعى منا . ومن جهة أخرى يتوقع الناس من الشخص الصغير الجسم وضعيفه أن ينقاد لغيره ، وأن يسير فى ركابه إلا إذا انقلب بغية تعويض ما لديه من نقص فى هذه الناحية — إلى العدوان — وعلى أية حال فإن المظهر الجسمانى يؤثر كثيراً على اتجاهات الشخص وعلى الكثير من تصرفاته .

الحالة المزاجية :

اعتقد الرومانيون الفسيولوجيون فى العصور الوسطى أن التركيب الكيميائى لدم الإنسان يتضمن خليطاً من أربعة أنواع من المواد السائلة . فإذا كانت نسب خليط هذه المواد متناسبة ومتناسقة ، يكون المزاج الطبيعى للشخص عادى ، أما إذا زادت نسبة أى من هذه الأنواع عن غيرها ، فإن الشخص يصبح غير عادى كأن يكون حاد المزاج أو حامى الطبع . . . الخ .

واليوم وبالرغم من أننا نعتبر النظرية السابقة غير وافية وغير ذات أساس علمى إلا أننا ما زلنا نبحث عن أساس ومصدر فسيولوجى للمزاج الطبيعى . فيقرر بعض الأطباء أن ذلك يرجع إلى إنتاج الغدد فى جسم الإنسان لأن إفرازات الغدد التى تصب الهرمونات فى الدم مباشرة ، هى عامل فى غاية الأهمية فى التحكم فى سلوك الشخص فالمعتقد أن الهرمونات تسيطر على وظائف الأعضاء الفسيولوجية وكذلك على تكوين مزاج الفرد وشدة انفعالاته . وأن المعلومات والبراهين التجريبية العلمية المتزايدة تؤيد النظرية التى تنادى بأن إفرازات الغدد تعمل على تعادل القوى الداخلية للفرد ، وبناء على ذلك فمن المهم أن تؤدى الغدد وظيفتها بطريقة منتظمة وصحيحة حتى يمكن تحقيق التوازن والتعادل فى وظائف أعضاء الجسم المختلفة — ومع أنه ليس لدينا الدليل القاطع على ما تؤديه

أو تسهم به كل غدة بالضبط فى هذا المضمار ، إلا أننا نعلم بشكل أكيد أن بعض التغيرات تطرأ على شخصية الفرد إذا طرأ خلل على أى من هذه الغدد أو على ما تؤديه من وظيفة فى نمو العظام والعضلات كما يتأثر بذلك النضوج الجنسى . كما أن أى تباطؤ فى نشاط الغدة الدرقية يؤثر بالتالى على نشاط الجسم عموماً وينتج بطئاً فيه ، فضلا عن انقباض الشخص وركوده الذهنى ،أما إذا زاد نشاط الغدة الدرقية ، فإن ذلك ينتج زيادة كبيرة فى نشاط الشخص ويصبح فى حركة دائمة وعدم استقرار ويسهل استثارته ، وإذا طرأ خلل على وظيفة الغدد الأربعة التى تجاور الغدة الدرقية ، وهى التى تنظم نسبة الكالسيوم الموجودة فى الجسم ، فإن هذا الخلل يؤثر على عصبية الشخص وسرعة تهيجه وتأثره بشدة من النقد أو المعارضة . هذا فضلا عن أن أى تغيرات تحصل فى وظائف الغدد الجنسية تؤثر على التغيرات الجسمانية عند تكوين الجنين ، وهذا بدوره يؤثر على تصرفات الشخص وتكيفه مع بيئته وكذلك على تصرفات الآخرين نحوه .

النواحى المعرفية

(ا) الذكاء :

إن ذكاء الشخص أو قدرته الفطرية المعرفية العامة ذات أثر كبير فى تطور شخصيته . فالشخص الذكى يستطيع أن يتحكم فى سلوكه وأن يتخيل نتائجه قبل حصولها ، كما أنه أقدر على تعرف ما يتطلبه الناس منه من تصرفات وأن يتصرف على هدى هذا الاعتبار ، وبالرغم من أنه يمكن تدريب أو تمرين شخص أقل ذكاء على أن يتصرف بشكل مناسب ومُرضٍ ، إلا أن هذا لايكون كافياً لإنتاج تصرفات مناسبة فى المواقف والظروف الجديدة والغريبة على ذلك الشخص .

(ب) العوامل الثقافية والاجتماعية :

إن للمجتمع الذى نعيش فيه نظماً يجب علينا مسايرتها ، ومن ثم فهى تتحكم فى تصرفاتنا ، وبناء على ذلك فإن تصرفاتنا تتخذ الطابع الذى يتوقعه المجتمع منّا — وحتى إذا ما قرر الشخص أن يساير هذه النظم أو يتصرف بطريقة تتعارض معها لا أن العوامل الاجتماعية الموجودة تؤثر بدرجة كبيرة على تكوين الشخصية وصقلها — ولقد أشار يونج Young إلى أن المطالب والاحتياجات الاجتماعية التى تستلزمها النظم الموضوعة لنا بواسطة أفراد مجتمعنا لهى إحدى مراحل العلاقات الاجتماعية الموجودة فى كل مكان ، ففى كل المجتمعات وفى مئات من المواقف الشائعة يكون ما يتوقعه الآخرون منا هو أساس التحكم فى طريقة تصرفنا ، وإن هذا لمن الأهمية بمكان فى محيط التصرفات المتوقعة للأفراد .

وفى حالة الأفراد المقعدين جسمانياً — يتأثر سلوك الفرد الاجتماعى بدرجة كبيرة بالطريقة التى يوحى بها المجتمع عن تصرفات الأفراد الذين هم فى نفس الحالة والمركز ، فمثلا الطفل البدين يتوقع أن يكون هدفاً للنكات فى منزله وفى مدرسته وفى محيط جيرانه ، والطفل المقعد يتوقع أن يكون محلاً للعطف والشفقة ، أما الأعمى فإنه يتوقع الشعور بالأسى المقترن بالعطف عليه من الأشخاص الموجودين فى بيئته .

وفى مجال التدريب المهنى واختيار المهنه لذوى العاهات الجسمية تتأثر هذه كثيراً بالقيود التى يضعها المجتمع فى سبيلهم . فالنظرة للطفل الأعمى هى أنه لا يصلح إلا للأعمال اليدوية البسيطة مثل صناعة الفرش أو المقشات أو ملء الكراسى ، على أن بعضاً من هؤلاء المصابين يمكنهم التغلب على ما يضعه المجتمع أمامهم من صعوبات ويحوزون على نجاح باهر كمحامين وأطباء وأدباء كما أن منهم من لا يتأثر بالمؤثرات الاجتماعية المتوقعة بعد أن يتعودوا عليها .

على أنه يمكن القول عموماً أن المجتمع قد قرر التجاوب المتوقع نحو الأشخاص المصابين وبذلك بيّن وظائفهم ومراكزهم التى يمكن أن يتبوءوها فى المجتمع .

عوامل البيئة وأثرها فى تطور الشخصية :

يتكيف الشخص مع بيئته بدرجة ملحوظة منذ ولادته، فالتغير الأول الذى يحصل فى حياته هو نزوله من بطن أمه إلى العالم الخارجى ، على أن هذه الحالة الجديدة تكون سهلة بالنسبة للفرد نفسه إذ أنه لا يقوم بأى مجهود لكى يتكيف معها بل إن الآخرين هم الذين يبذلون قصارى جهدهم لمساعدته على ذلك ، وعليه فإن مطالبه ورغباته واحتياجاته تلبّى وتُجاب بسرعة وبدون أدنى مجهود من جانبه . ولكن حينما يكبر الطفل تقل عدد الحاجيات التى يقوم غيره بأدائها له ، إذ عليه أن يقوم بقسط منها بنفسه وعندئذ تتعارض رغبات الطفل مع رغبات غيره من الأطفال والكبار أيضاً . وهنا يتحتم على الطفل أن يبذل مجهوداً لكى يتكيف مع بيئته . ويتوقف مدى هذا التكيف على العوامل الموروثة والمكتسبة عند الطفل ، كما يتوقف بدرجة كبيرة على الطريقة التى يسلكها الآخرون لمساعدته على التكيف مع بيئته .

وعلى هذا النمط ، كلّما كبر الطفل والتحق بالمدارس الابتدائية ثم الثانوية ، يلزمه مزيد من التكيف مع المجتمع الذى يعيش فيه ، وربما يكون هذا المجتمع بعيداً عن المنزل ، وهكذا الحال عند اختيار المهنة التى سيحترفها الشخص ، وعند الزواج ، وكذلك عندما يصبح أبّا ، فكل هذه مواقف تحتاج إلى تغييرات فى حياة الفرد ، كما تحتاج تبعاً لذلك إلى مزيد من المسئولية التى تستدعى وتستلزم مجهوداً جديداً لكى يستطيع الشخص أن يتكيف مع حياته الجديدة التى ربما تتعارض مع ما تعوّد عليه من رغبات وتصرفات ، فتصبح عملية التكيف عملية شاقة ومتعبة وخاصة إذا كان الشخص مقعداً أو إذا كانت ظروف البيئة صعبة وشاقة ، وغالباً ما تكون مطالب الشخص ورغباته فى هذه الحالة كثيرة ومبالغ فيها . والتكيف يتم عندئذ إذا حصل هناك تعادل فى مطالب الشخص ورغباته .

وفى هذه الحالة يتعين على الشخص أن يتخلى عن بعض رغباته ، وأن يسلك طريق الاعتدال ، وتكيف الشخص يتوقف أساساً على الخصال والتصرفات التى اكتسبها نتيجة لتفاعل كفاءاته ومشاعره الداخلية مع بيئته .

أنماط الشخصية

كثيراً ما نسمع عن الأنماط المختلفة للشخصية ، وكثرتنا يقسمون الناس إلى طيب أو ردىء — ذكى أو غبى — وسيم أو غير وسيم ، غير أن هذا التقسيم لا يفى بأغراض هذا البحث — فبرغم أن من ينمو ذو قامة طويلة يظل كذلك ، ومن يولد وسيما يظل كذلك ، إلا أنهم لا يقنعون بأن تظل شخصياتهم وتكوينها ثابتة غير متغيرة ، إذ الملاحظ أن الشخصية تتغير بصفة مستمرة بالرغم من أن طبيعة واتجاه هذا التغير يتوقفان إلى حد كبير على العوامل الداخلية التى تنتج التكيف مثل النمو العقلى أو الجسمانى ، وكذلك المزاج . وقد سبق أن أشرنا إلى اختلاف نسب الأخلاط الكيماوية فى الدم ، مما أدى إلى تقسيمات رباعية متعددة منها تقسيم أمبيدوكل إلى هوائى ونارى وترابى ومائى ، وتقسيم ڤندت إلى متفائل ومقاتل وحزين وبليد ، وتقسيم هيبوقراط إلى دموى وصفراوى ولمفاوى وسوداوى .

وهناك تصنيفات أخرى مثل تصنيف يونج وكرتشمر ، وسنتحدث عن كل من هذين التقسيمين .

المنطوى والمنبسط :

إن من أكثر التقسيمات لأنماط الشخصية شيوعاً تقسيم يونج الثنائى إلى المنطوى والمنبسط — فالشخص المنطوى هو الذى يوجه مشاعره داخلياً نحو نفسه

والذى يوجه أفكاره ورغباته نحو شخصه وهو عادة ما يكون متحفظاً وذو ميول ومزاج خاص وفى غاية الكتمان فضلا عن أنه يكون غير حاضر الذهن وكثيراً ما تنتابه أحلام اليقظة وتخيلاتها .

أما الشخص المنبسط فإنه يهتم بالأشياء الخارجية بخلاف نفسه كما أنه لا يميل إلى أحلام اليقظة بل يتجه نحو العمل والنشاط ، وفى الوسط بين الطائفتين فئة ثالثة أكبر من كليهما وهى فئة الشخصية المعتدلة ، وتتضمن هذه الفئة أشخاصاً ليسوا بالمنطويين ولا بالمنبسطين إلا أنهم يجمعون بعضاً من صفات كل من النوعين ، على أنه ربما ترجح الصفات المكتسبة من أحد النوعين عن الصفات التى تكتسب من النوع الآخر .

المتآلف والمنفصم : Cycloid and Schizoid Types

وهذه هى أنماط أخرى من الشخصية . يعتقد كرتشمر Kretschmer أن هناك ارتباطاً بين البناء الجسمانى ونوع الشخصية . مثال ذلك أن الشخص ذو البناء الضخم الملفوف غالباً ما يكون منبسطاً ومتفتحاً وفى الحالات الشاذة يكون مصاباً ببعض الخلل العقلى وهذا هو الشخص المتآلف ، أما الشخص الطويل النحيف الضعيف البنية فإنه غالباً ما يكون من نوع الشخصية المنطوية وفى الحالات الشاذة يكون شبيهاً بالمصاب بالسكيزوفرنيا وهذا هو الشخص المنفصم . والتصرف الطبيعى للشخص المتآلف يوحى بتصرفات الشخص الذى لديه خلل عقلى مصحوب بانقباض فالمتآلفون يتفاوتون بين فترات انتعاش فيها انشراح ونشوة إلى فترات كلها انقباض وحسرة . وتتخلل ما بين الفترتين فترات طويلة من التصرفات الطبيعية العادية . ويمكن القول إن تصرفات الشخص المنطوى العادى تعكس أو توحى بتصرفات الشخص الشبيه بالمصاب بالفصام — فالشخص المنطوى هو شخص منعزل عن المجتمع ، إلا أن عزلته هذه لا تكون كاملة مثل العزلة المعروفة عن المصابين بالفصام ، حيث أنهم لا يولون أى اهتمام أو اعتبار

لبيئتهم أو لما يجرى حولهم وغالباً ما يقيمون نتيجة لذلك عوائق فكرية وذهنية تجعل الاتصال والعلاقات الاجتماعية مستحيلة عليهم .

ويمكن زيادة أنواع لا حصر لها من الشخصية إلا أن ذلك لن يكون له جدوى تذكر : على أنه يجب التذكر أن أنواع الشخصية المستقلة نادراً ما توجد ، هذا إذا كان لها وجود على الإطلاق ، وفى حالة وجودها فإنها لا تظل مستقلة أو منفصلة لفترة طويلة من الوقت ، حيث أن الشخص نفسه يتغير من وقت لآخر وكذلك تتغير نظم وأساليب شخصيته ، فى بعض الأحوال يكون منقبضاً ومنعزلا بشكل ملحوظ ، وفى أحوال أخرى يكون نفس الشخص غير أنانى بل إنسانياً بدرجة مبالغ فيها . ومن الممكن الوصول إلى تعريف ثابت للشخصية الافتراضية هذه إلا أن تصنيف الأنواع المختلفة لن يظل ثابتاً بل سيتغير . وهذا فى صالح علماء النفس إذ أنهم يحاولون مساعدة غير المحظوظين على تغيير أساليب تكيفهم وذلك بغية تكوين شخصيات اجتماعية جديدة مرغوب فيها .

الشخصية العادية وغير العادية

بالرغم أننا حاولنا تعريف لفظ الشخصية تعريفاً عاماً وبدائياً كما أننا حاولنا تصنيف مختلف أنماط الشخصية : إلا أننا لم نحاول تعريف الشخصية العادية والشخصية غير العادية . لتفهم ذلك نتساءل ما معنى العادى ؟ فالعادى هو أسلوب السلوك الذى يقوم به أكبر عدد من الأفراد بالنسبة إلى صفة خاصة ، وكما هو الحال فى الإحصاء فالمتوسط يمثل عادة العدد الأكثر شيوعاً بين مجموعة من المقاييس كأن يكون مثلا متوسط وزن الأطفال عند الولادة بين ٥ إلى ٧ أرطال وهذا يعنى أن معظم الأطفال كثرتهم يزنون عند الولادة من ٥ إلى ٧ أرطال وعليه فإن أى انحرافات ملحوظة نحو الهبوط أو الصعود عن هذه الأوزان لا يمكن

اعتبار أصحابها عاديين فيما يختص بهذه الصفة بالذات . وفيما يختص بالشخصية فإن معنى أن الشخص عادى هو أنه يتبع سلوكاً مشابهاً لما يتبعه معظم الناس عندما يتكيفون مع بيئتهم ، وهذا لا يعنى أن كل شخص يتصرف كما يتصرف غيره من الأفراد بالضبط ، بل إن هناك فروقاً فى التصرف بين كل منّا ، على أنه حينما تنحرف هذه الفروق بشكل ملحوظ وبدرجة تمنع الشخص من أن يتكيف مع بيئته ، عندئذ يمكن القول أن الشخصية غير عادية. وقد عدّد كامبل ميزات الشخصية العادية فقال إن الفرد يقوم بمهمة المحافظة على وحدته ضمن المجموعة ، وبإيجاد توازن بين مختلف الاتجاهات المتعارضة ، وبالاستفادة من مختلف المصادر التى تعوضه عن النقائص الأساسية أو المكتسبة، وعليه فى هذه الحالة الوصول إلى مرحلة الرضا عند محاولته الاستفادة من العوامل الخارجية الموجودة تحت تصرفه . وعندئذ يكون الفرد متجاوباً مع اتجاهات سائر الناس بغية الحصول على قيمة فردية يتلافى بها أى شعور بمركب النقص يكون لديه .

وللمجتمع كما للثقافة أثر ملحوظ فى تعريفنا للفظ العادى . ولتعرف ما يعبر عنه بالسلوك الطبيعى علينا أن نأخذ فى الاعتبار مستويات التفكير والأخلاق التى تسيطر على الحياة الاجتماعية التى نتبعها وكذلك ما يتوقعه المجتمع من الفرد والطريقة التى يكيّف بها الفرد سلوكه على هدى مقاييس ومُثل المجتمع . وفى الخلاصة يمكن القول أن الشخصية العادية يمكن قياسها على أساس قدرة الشخص على تعديل أساليبه لتتفق مع وجهة نظر المجتمع ، وعلى العكس فإن أساس الشخصية غير العادية هو عدم قدرة الفرد على تعديل أساليبه لكى يتكيف مع مجتمعه .

مشاكل الشخصية الناشئة عن العيوب الجسمانية

لقد ذكرنا أن أحد المحددات الهامة للشخصية هو العلاقة المتبادلة بين الشخص وبيئته، فأى ظروف تبعد الشخص عن بيئته مثل الفروق الملحوظة فى تكوينه أو مظهره يكون لها أثر ظاهر فى تطور شخصيته وفى انحرافها بدرجة كبيرة عن المألوف، ومن أمثلة هذه الفروق ظروف العجز الجسمانى أو التناقص المزمن فى حيوية الشخص أو انعدام التوازن فى تأدية وظائف الغدد أو العمى أو الصمم . كلها عوامل تعمل على عزل الفرد عن غيره من أفراد بيئته . وهذه الانحرافات عن الطبيعى تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة تعامل الفرد مع أفراد مجتمعه ، كما تؤثر على طريقة تعامل هؤلاء الأفراد معه ، فمثلا العاهات الجسمانية التى تعطل قيام حواس الفرد وأعضاء الحركة عنده بوظائفها تلقى أعباء إضافية على موارده وكفاءاته الأخرى وذلك ينتج إرهاقا لهذه الموارد فضلا عن الشعور باليأس والحسرة. وحتى إذا كانت موارد الشخص متعادلة وقادرة على القيام بما تتطلبه الأعباء الإضافية . فإن شعور الأشخاص الآخرين ونظرتهم إلى مجهوداته الإضافية تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة سلوكه ، فإذا ما اعترف الآخرون بوجود عاهة فى حواس الفرد أو فى أعضاء حركته ، وقدّروا مداها ، ثم أمكن للشخص المصاب أن يتغلب عليها . وأن يؤدى وظائفه بطريقة مُرضية ، فإن ذلك يكون مدعاة وسبيلا لمساعدة الشخص المصاب على التغلب على مركب النقص ، وبالتالى للتكيف مع بيئته ، ولكن لسوء الحظ لا يقدر المجتمع فى جميع الحالات مدى خطورة العاهات التى تصيب حواس الفرد أو أعضاء حركته وتكون النتيجة أن يصبح عصبياً ، سريع الإثارة والغضب ، ويتسم شعور الأفراد نحوه بالعطف والشفقة المصحوبين بالأسى والحسرة .

وعليه ، فإن الطفل المصاب الذى يلمس الشعور بالعطف والشفقة نحوه تتولد لديه علامات مصطنعة بالموافقة الظاهرية ، إلا أنه يتولد لديه أيضاً شعور قوى بالاعتراض والبغض لبيئته ، يتمثل أحياناً فى إصراره على حياة مترفة مبالغ فيها ، وكذلك الطفل الأصم الذى لا يستطيع تبادل التفاهم مع غيره ، وفى الوقت نفسه لا يتمكن من إثارة شعور العطف نحوه ، يتولد عنده اتجاهات لا تتفق بل وتتعارض مع مقتضيات الحياة الاجتماعية . أما الطفل البدين كبير الحجم نتيجة لخلل فى غدته الدرقية ، فإنه ربما يكون محلا لسخرية زملائه ونكاتهم . مما ينتج لديه شعوراً بالحرج والألم ، ويكون نتيجة ذلك هو الانعزال عن المجتمع والانطواء ، وكذلك التخيلات والأحلام النهارية التى يتمثل فيها الشعور العدائى . وهكذا الحال بالنسبة لطفل له قلب ضعيف فإنه لا يستطيع الاشتراك مع زملائه فى مختلف نواحى النشاط ، وبذا يضطر أن يعيش عيشة لا تتفق ولا تجارى بيئته .

وستزيد هذه النقطة وضوحاً إذا ما درسنا العوامل التى تؤثر فى شخصية من يصابون بالعمى ، فبسبب انعدام القدرة على الرؤية تزداد لدى الشخص قدرته فى حاسة اللمس على أن الأشياء التى يمكن للطفل الأعمى لمسها والتجاوب معها هى القريبة منه مثل أجزاء جسمه ، ملابسه وسريره ، وكذلك الناس والأشياء القريبة منه . وبما أن جسمه هو أقرب الأشياء إليه فإنه يصبح مثار اهتمامه الذى لا ينقطع ، بل يكون مبالغاً فيه وبدرجة أكبر من غيره من الناس أو من غيره من ذوى العاهات . ولمنع اهتمام الأعمى الزائد بنفسه يجب إمداده بعوامل أخرى تكون مثار اهتمامه . لكن بسبب ما يمكن للطفل الأعمى أن يتعرض له من أخطار فإنه لا يستطيع أن يستطلع بيئته بحثاً عن عوامل ودوافع جديدة تكون محل اهتمامه ، وعلى ذلك يجب جلب هذه العوامل والدوافع إليه بدلا من سعيه هو إليها ، ولذلك فإن حياة الطفل الأعمى الاجتماعية تتركز منذ البداية حول نفسه وتستمر كذلك على مدى حياته كما سنبين ذلك تفصيلا فيما بعد .

ولأغراض التعميم يمكن القول أن الشخص الأعمى ليس اجتماعياً بنفس درجة الشخص المبصر ، على أن هذا التعبير ليس مقصوراً على العميان فقط إذ أن أى عاهة فى الحواس أو فى أعضاء الجسم الأخرى تعنى وجود عائق اجتماعى أمام الشخص المصاب بها. فالأشخاص المصابون ببتر فى أطرافهم أو المصابون بالصمم نادراً ما يعيشون منفردين ، كما أنهم لا يقومون بالأسفار بنفس النسبة التى يقوم بها الأصحاء، حيث إن السفر يستلزم التفاهم والأسئلة التى يصعب على الأصم الحصول على إجابات عنها ، كما أن الحركة تكون فى غاية الصعوبة بالنسبة للمصابين فى أطرافهم إلا إذا حصلوا على مساعدة أشخاص آخرين . وفى المحيط الاقتصادى ، نعلم أن كثيراً من المهن مغلقة أبوابها أمام المقعدين والعمى بما يجعلهم يعتمدون على غيرهم فى هذا المضمار ، وفى بحث قام به برادواى Bradway عن الصمم الكامل والعمى الكامل والعاهات الجسمانية الخطيرة ومدى أثرها فى تعويق التقدم الاجتماعى وأيها أكبر أثراً ، وكانت الدراسة على ٩٢ تلميذ من مختلف مدارس تأهيل العجزة قسموا إلى ثلاث فئات ، واستعمل فى البحث اختبار فاينلاند Vineland للنمو الاجتماعى الذى عُمل على نمط اختبار بينيه Binet للذكاء ، اتضح نتيجة لذلك البحث أن المصابين بالصمم أقدر على مزاولة النشاط الاجتماعى من العميان وأن كلا من العميان والمصابين بالصمم أقل قدرة فى المضمار الاجتماعى من غيرهم من ذوى الإصابات ، فقد كان متوسط العامل الاجتماعى للمصابين بالصمم ٨٠ بالقياس إلى ٦٢ للعميان . ولزيادة الإيضاح يمكن القول أن كلا من العمى والصمم لا يكونان عائقاً دائماً للنجاح والنشاط الاجتماعى ، إلا أنهما يعطلان فقط هذا النشاط ويعوقانه إلى حد ما ، كما أنه اتضح أن العمى عائق اجتماعى أخطر من الصمم .

على أن مقارنة فئات العميان والمصابين بالصمم بغيرهم من فئات المصابين بعاهات لا تعطى سوى نتائج تقريبية بسبب قلة عدد المصابين الذين أجرى البحث عليهم ، ويمكن القول بوجه عام أن العمى أو أى انحرافات جسمانية خطيرة أخرى

تعوق حصول العلاقات والتعامل الاجتماعى بين الأفراد المصابين وبين غيرهم من الأفرادالذين فى بيئتهم الاجتماعية.وفى مجال التعليم والتدريب الخاص بالمصابين يجب العمل على بناء شخصياتهم حتى يتمكنوا من التعامل بحرية أكثر مع غيرهم من الأصحاء ، ومع أنه يجب على المصابين أن ينظروا إلى عاهاتهم نظرة واقعية وموضوعية إلا أنه يجب ألا يعنى ذلك أى إهدار لكرامتهم أو جرح لكبريائهم . وسيكون ذلك ممكناً إذا ما حاول الأشخاص الأصحاء الذين فى محيط المصاب أن يعاملوه بتعقل دون إظهار أى غضاضة بسبب العاهة أو أى سلوك ينبئ عن الفضول وتعرف كنه العاهة وأثرها ، حيث إنه لا يمكن لأى شخص سواء كان سليم الجسم أو مصاباً أن يكون لنفسه شخصية اجتماعية مرغوبة بمجهوده الفردى ، بل لابد له من التعامل مع غيره من أفراد المجتمع ، وعلى ذلك يجب تعليم المصابين والأصحاء مهامهم فى هذا المضمار حتى يمكنهم التعامل بعضهم مع بعض بالطريقة المثلى التى تسمح بنمو شخصية كل منهم على خير وجه . وعند تطور شخصية المصاب فإن العوامل المؤثرة ألا وهى عوامل التكيف هى نفس العوامل التى تعمل وتكون موجودة فى حالة تطور شخصية الأصحاء ، وهنالك عوامل أخرى غير ما ذكرنا تؤثر فى تكوين فكرة الشخص عن نفسه .

فكرة المصاب عن نفسه

يكون كل فرد منا صورة ذهنية عن حالته الجسمية سواء أكان بديناً أم نحيفاً . طويلاأم قصيراً ، قوياً أم ضعيفاً . . . ولهذه الصورة أهمية كبرى فى تلوين شخصيته إذ على أساسها يكون فكرته عن نفسه ويكون سلوكه متأثراً بها ، وهنالك بعض الأفراد ممن يعطون أهمية خاصة لنواحٍ جسمية خاصة كالطول أو القصر فمثلا الشخص الذى يرغب فى الالتحاق بالكلية الحربية يهتم ببلوغ

طول معين ، والشخص الذى يرغب فى عبور المانش يهتم بأن يزيد وزنه بطبقة سميكة من الشحم ، والفتاة التى تهتم برشاقتها تحزن لو زاد وزنها بضعة جرامات ، وهكذا . . .

كذلك نجد الموسيقى يهتم اهتماماً زائداً بأنامله ، فيؤمن عليها فى شركات التأمين بمبالغ طائلة ، ويهتم المغنى بحنجرته ويحرص عليها أشد الحرص حتى لا تتعرض للتأثيرات الجوية من حرارة وبرودة وهكذا . . .

وقد تتأثر الصورة الذهنية بنوع العمل الذى يقوم به الشخص ، كما أنها تتلون إلى حد كبير بثقافته . أما بدء تكوينها فيكون فى عهد الطفولة ، حين يستطيع الطفل وهو ما يزال فى دور الحضانة أن يدرك أنه شخص مستقل عن غيره من الأشخاص ، يستطيع أن يفعل بعض ما يفعله غيره ولا يستطيع أن يفعل بعضه الآخر . . .

وينمو الطفل تدريجاً وتنمو خبراته وقدراته وتتغير الصورة الذهنية تبعاً لذلك ، فهى إذن صورة « ديناميكية » متجددة دائمة التغير . . . ولكن مهما كبرنا فإن الصورة الحالية متأثرة بكل الألوان العاطفية التى خبرناها منذ الطفولة التى يودع معظمها فى منطقة اللاشعور . ولنسائل أنفسنا الآن عن علاقة كل هذا بالتأهيل ؟

والإجابة هى أن أخصائى التأهيل لابد أن يتذكر فى كل حالة أنه أمام شخص له ماض وتاريخ طويل لا يمكن تجاهله فى حاضره . فهو يؤثر تأثيراً كبيراً على تلك الصورة الذهنية التى تعدلت مراراً خلال تلك السنوات الطويلة ، فالمشكلة إذن ليست مشكلة حادثة ترام تسبب عنها بتر الذراعين أو الساقين ، وهى ليست مشكلة فقد عمل ومحاولة الحصول على عمل آخر مناسب ، وإنما هى مجموعة من المشاكل أهمها جميعاً هو اتجاه المصاب نحوها ، والصورة التى كوّنها عن نفسه وعن علاقته بالآخرين ، عن آلامه وآماله ، عن مخاوفه ومشاعره ، عن خجله وكبريائه ، عن تردده وارتباكه ، عن هذا وعن ذاك . .

وأخصائى التأهيل الذى يقدر هذه الأمور الدقيقة حق قدرها ، يختلف تمام الاختلاف عن الأخصائى الذى يظن أن مهمته تنحصر فى تركيب ساق صناعية للعميل وتشغيله فى عمل لا يحتاج إلى العضو الأشل أو المبتور .

ومن الظواهر الجديرة بالتسجيل أن شدة الانفعالات لا تتناسب مع شدة الإصابة فهناك من يصوِّرون المسائل أكبر من اللازم ، فيصابون بالذعر لإصابة تافهة، فتنتابهم الهواجس والمخاوف ويحزنون بشدة بالغة ، على حين نجد آخرين يصابون بإصابات بالغة تعطلهم فعلا عن الاستمرار فى مهنهم الأصلية وعن كثير من المهن الأخرى ، ولكنهم مع ذلك يواجهون الموقف بصبر وشجاعة نادرة ، فنحن نقابل أحياناً بعض الكبار ممن يلجأون إلى سلوك الأطفال غير الناضج والذى لا يتناسب مع أعمارهم ، كما أن هناك عدداً من المراهقين يلجأون إلى السلوك المنحرف .*

وإلى هؤلاء جميعاً يجب أن تكون نظرة الجميع مشبعة بالعطف ، وعلينا أن نتذكر أننا حين نكون أمام أحدهم نكون فى الواقع إزاء مشكلتين أساسيتين .

أولاهما : أنه يجب أن يكيف الفرد نفسه حسب الحدود التى ترسمها العاهة المستحدثة .

وثانيهما : أن عليه أن يعدل فى الصورة الذهنية التى كونها عن نفسه ، ويدخل فى ذلك علاقته مع من يتعامل معهم من زوجة وأولاد وأهل وأصدقاء وزملاء فى العمل وغيرهم . وإن هذا التكيف النفسى يقتضى من المصاب أموراً عدة تؤثر عليه كإنسان أكثر من تأثير العاهة نفسها .

وفى أثناء عملية تعديل الصورة الذهنية ، تُثار فى ذهن المصاب حوادث

---

* وهؤلاء لا يلجأون من أنفسهم إلى مكاتب التأهيل بل تحولهم الجهات التى تعتنى بالأحداث المشردين . وقد ثبت لنا فى بحث آخر خاص بمشكلة التشرد (ونشر فى مجلة علم النفس فى فبراير ١٩٥٣) أن كثيراً من المشردين مصابون بعاهات مختلفة ، وكانت هذه العاهات من أكبر الدوافع لهذا السلوك المنحرف .

وذكريات ومواقف متعددة ومآس مؤلمة كبتت فى اللاشعور أزماناً طويلة ، وتكون النتيجة الطبيعية فى كثير من الحالات أن يتصف سلوك الشخص بما يطلق عليه علماء النفس «تراجعا» ، أى أنه يقوم ببعض التصرفات المشابهة لتصرفات الطفولة ، وكأنه بذلك يرجع إلى الوراء وهذا التراجع ظاهرة مؤقتة حدثت بسبب الحادث المؤلم المفاجئ الذى سبب العاهة . وفهم المشكلة على هذا النحو يستوجب من أخصائى التأهيل أن يتقبل من المصاب بعض أنواع السلوك الطفلى بشىء من العطف ، أى كما لو كان العميل طفلا . . لكننا لا نعنى بالطبع أن تبقى معاملة الأخصائى للعميل على هذا النحو دائماً ، ولكنها مرحلة يجب اجتيازها تدريجاً .

الشعور بالنقص

ذكرنا أن عوامل متعددة تعمل على خلق الشعور بالنقص عند المصاب ويسهم فى إبراز هذه الحالة أفراد المجتمع ، فهم يفترضون أن المصاب بعاهة شخص أقل منهم ، لا فى الناحية التى فقدها فحسب ، بل تتعداها إلى باقى النواحى ، فتصبح النظرة عامة إلى الشخص بأكمله . . ولا يرى الكثيرون من أفراد المجتمع مانعاً من إظهار هذا الشعور بكل قوة وإشعار المصاب بأنه شخص ناقص أو تافه ، وأنه يجب أن يخجل من منظره ، وقد يحدث كل هذا للمصاب من أقرب الأقربين إليه * .

ولا يكتفى بعضهم بإظهار هذا الشعور البغيض أمام صاحب العاهة بل

* جاءتنى ذات مرة زوجة أحد المصابين بفقد الساقين ترجو وتلح فى عدم مساعدة زوجها لأنه لا يستحق المساعدة ولأنه يحصل على إعانات مالية من جهات متعددة (ذكرت منها ٦ هيئات) ولأنه يعبث بالمال ولأنه سيىء الخلق ولأنه . . . وتبين بالبحث أن هذه كلها ادعاءات وأن المسكين فقد حب زوجته وعطفها وإخلاصها بعد إصابته فى حادث تصادم ، فلما ابتعد عنها لينقذ نفسه ، دبت الغيرة فى نفسها ، فجاءت لتمنع عنه لقمة العيش ، لا لشىء إلا أنه أصبح من ذوى العاهات .

إنهم يرون أنه يجب أن يشعر هو فى قرارة نفسه بهذه الحقارة ، فلا يحق له أن يتطلب نفس الحقوق التى يتطلبها الشخص سليم البنية ، فلا يحق له مثلا ركوب المواصلات العامة لكيلا يصاب ركابها بالنجاسة (وهكذا كان اتجاه الإغريق قديماً نحو ذوى العاهات) ، ولا يحق له زيارة المتنزهات لأن ذلك يؤذى أبصارهم ويعكر صفاءهم ، وهم بذلك يعاملونه كما يعامل الأمريكى الأبيض زميله الزنجى الأسود . . أو النجرو كما يطلقون عليه . فعلى الأسود أن يدرك أنه أقل من الأبيض وعليه ألا يفكر فى ارتياد أماكن اللهو أو الفنادق أو غير ذلك من الأماكن العامة التى يجب أن تكون مخصصة لمن أنعم الله عليهم ببشرة بيضاء . وهذا أيضاً هو ما يتطلبه أصحاب الأقطاعيات من العمال الزراعيين وغيرهم من المواطنين ، فالإقطاعى يتطلب أن يكون له مركز ممتاز فى المجتمع الذى حوله ويعزز هذه الرغبة بكل ما أوتى من قوة فيقتنى أفخم السيارات ويرتاد أعظم المنتديات ويتظاهر بكل مظاهر العز والترف مما لا يتوفر إلا لأمثاله من الإقطاعيين . هذا الإنسان لا تتم سعادته إلا إذا أشعره الفقراء بعظمته ، وبنقصهم فى نفس الوقت ، فلابد لهم أن يطيلوا النظر إلى سيارته الفاخرة ولابد لهم أن يمجدوا ثراءه وحركاته وسكناته . وإلا فما الداعى لاقتناء السيارة الفاخرة وما يكتنفها من مظاهر الترف . . . تنطبق هذه الحالة على اتجاه سليمى البنية نحو المنكوبين فى صحتهم وفى أجسامهم الذين دخلوا فى زمرة ذوى العاهات . . ولكن المسكين صاحب العاهة له حاجاته النفسية ، ومن أهمها حاجته إلى تقدير الناس له وللظروف الخارجة عن إرادته ، والتى سببت له العجز ، وهو فى حاجة إلى تقديرهم لما عنده من قدرات فائقة فى نواحٍ كثيرة برغم العاهة التى أصابته . وإن إشباع هذه الحاجة النفسية لخير معين على إشباع باقى الحاجات الأخرى والمرتبطة بها ارتباطاً وثيقاً ، وأهمها حاجته لأن يقدر نفسه .

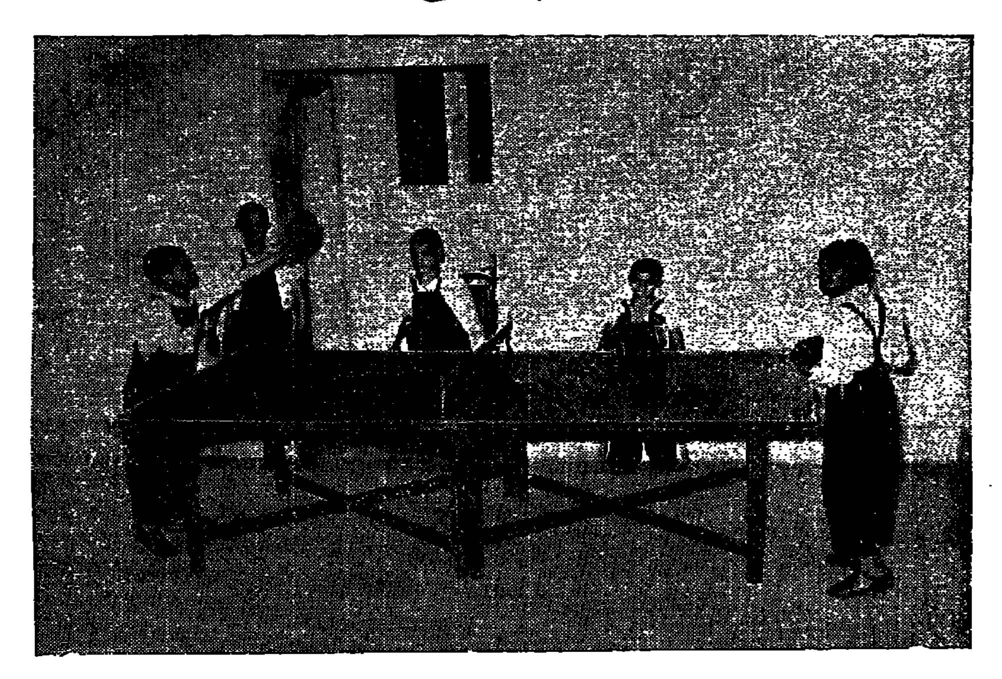
تغيير نظرة المصاب إلى نفسه

ما الذى يجب أن يحدث إذن حتى لا ينظر المصاب إلى نفسه على أنه شخص ناقص. . . يجب أن يحدث تغيير أساسى فى قيم الأمور. فالجسم الصحيح الكامل يعتبر شيئاً حسناً إذا كان موجوداً ، أما إذا لم يكن ذلك متيسراً فيجب ألا يقلق الشخص على نفسه . . . والموقف هنا إزاء القدرات والمهارات الجسمية مشابه للموقف إزاء القدرات والمهارات العقلية الخاصة ، فالقدرة على اللعب على الآلات الموسيقية شىء مرغوب إذا توفر لدى الشخص ، أما إذا لم توجد هذه القدرة عنده فإنه لا يقلق على نفسه ، وهكذا يقال عن القدرة الميكانيكية أو القدرة اللغوية ، فلماذا لا تستمر النظرة نفسها للقدرة على الجرى أو الوثب أو تحريك الذراع أو غير ذلك من القدرات التى تعتمد على الحالة الجسمية ؟ . . هذا هو ما سنتحدث عنه فى الفصل الثانى تفصيلا حينما نتكلم عن موضوع « تقبل العجز » ، والذى يهمنا الآن هو أن ندرك أنه ليس فى إمكان كل شخص عادى أن يعمل كل شىء ، فهذا مقدرته الموسيقية محدودة وذاك لا يستطيع التصرف إزاء أيسر المشاكل الميكانيكية ، وثالث لا يستطيع أن يستخدم أدوات النجار لأيسر الأمور ورابع لا يستطيع قول بيت واحد من الشعر ولكنهم جميعاً عرفوا أنفسهم وحددوا إمكانياتهم وحاولوا التفوق فيما هم قادرون عليه فعلاً ، فكان الرضا وكانت السعادة .

وفى ميدان التأهيل لا يستطيع الأخصائى أن يساعد العميل كثيراً فى هذه الناحية ، ويتوقف ذلك على نوع العلاقة التى تتكون بينهما ، ومن المحتمل أن تتجه هذه العلاقة إلى ما يشبه العلاقة بين الكبير القادر والصغير المحتاج ، أو العلاقة بين الطبيب والمريض ، أو المحامى والشاكى ، أو الأستاذ والتلميذ ،

أى أن العميل ينظر إلى أخصائى التأهيل كما لو كان هو المأوى أو المنجد الذى يستطيع أن ينتشله من عالمه الخاص المملوء بالمنغصات ليضعه فى طريق ممهد ويوصله إلى كل ما يبتغيه فيعتمد عليه فى كل شىء ويركن إلى التواكل ، وهذا مضاد تماماً لأول مبادئ التأهيل .

فالتأهيل يرمى أول ما يرمى إلى استثارة عاطفة اعتبار الذات عند العميل بشتى الوسائل ، كما أنه يعمل على أن يساعد العميل نفسه بنفسه ما استطاع إلى ذلك سبيلا ، وأن يكون له رأى هام فى وضع الخطة لنفسه فى التأهيل ، فما



(شكل ١) الاشتراك فى نواحى النشاط المختلفة يساعد على تغيير نظرة المصاب إلى نفسه

يراه وما يعتقده يجب أن يكون له المكان الأول فإن الخطة التى يرسمها بنفسه يحترمها وتسعده أكثر من تلك التى يرسمها له أخصائى التأهيل .

الاعتماد على الغير :

مدلول كلمة « العجز » يتضمن أن الشخص الذى كان قادراً على القيام

ببعض الأعمال بنفسه أصبح عاجزاً عن القيام بها دون مساعدة الغير ، وكلما كانت نسبة العجز أكبر كلما دعت الحاجة إلى مساعدة أكثر . وهذا الاعتماد على الغير مرحلة ضرورية ومؤقتة ، فمن أهداف التأهيل أن يجعل الشخص قادراً على الاعتماد على نفسه . . وفى حالات قليلة جداً وهى تلك التى تكون نسبة العجز فيها عالية للغاية ، لابد أن يستمر اعتماد العاجز على غيره ، وعليه أن يقبل هذا الوضع . وهنا تصادفنا بعض الصعوبات فبعض العجزة يقبلون مساعدة الغير والبعض الآخر يجدها شاقة على نفسه ، وهنا مجال طيب لعمل أخصائى التأهيل ، فعليه أن يشجع المصاب على قبول بعض أنواع المساعدات التى لابد منها والاعتماد على الغير اعتماداً جزئياً وطبيعى أن هناك اختلافاً كبيراً فى الحالات ، فإلى أى حد يكون الاعتماد وإلى أى مدى يطول ، ومتى يمكن الاستغناء عن جزء والإبقاء على جزء آخر ؟

تلك جميعها أمور تختلف من حالة إلى أخرى حسب شدتها . والواجب — على العموم — هو تشجيع الفرد على اكتساب مهارات جديدة يستلزمها الوضع الجديد بحيث يتحمل أكبر قسط ممكن من المسئولية .

ومن الظواهر الجديرة بالذكر فى هذا الصدد هو ما يحدث أحياناً من أن الفرد الذى تعود الاعتماد على نفسه فى قضاء بعض الأمور تمر به فترة تهبط فيها عزيمته فيلجأ إلى غيره لمساعدته مع أنه أثبت أنه قادر على أدائها . وهذه الحالة لا يمكن أن نعتبرها إهمالا أو «بلطجة» وإنما يكون المصاب فى حالة نفسية تجعله فى حاجة إلى التأكد من اهتمام الآخرين به ، وهنا يجب ألا يتأخر أخصائى التأهيل عن بث روح الطمأنينة فى نفسه ، وذلك بمعاونته والاستماع إلى كل شكاياته وخدمته وتوجيهه إلى ما فيه خيره .

ومن الأشياء التى يشعر بها كثير من العجزة ولا يبديها إلا القليل منهم ، هى اعتقادهم بأن الشخص السليم الذى لم تحدث له إصابات من قبل ، لن يستطيع تقدير الحالة على أكمل وجه — وربما كانوا فى اعتقادهم هذا على حق —

وعلى ذلك فهم يرفضون فى أحيان كثيرة التحدث عن الصعوبات التى يلاقونها والمشاكل التى تعترض سبيلهم فى أثناء التأهيل اعتقاداً منهم بأن الناس لن يتمكنوا من فهمهم .

ومن الظواهر الكثيرة الانتشار أيضاً بين العجزة اعتقاد المصاب بعجز جسمى أن الإصابة أثرت على شخصيته بأكملها ، ويتأثر سلوكه فعلا على هذا الأساس ويكون من نتائج هذا التأثير أن تراه يحدثك على أنه شخص سليم عقلياً وأنه ليس بمجنون ، وينفى عن نفسه تهماً كثيرة هو الذى اختلقها ووجهها إلى نفسه .

وظاهرة أخرى هامة هى أن بعضاً منهم لا يتحمل إطلاقاً أن يعرف الناس عنه أنه عاجز أو أنه مبتور الذراع أو مبتور الساق ، وتستمر النواحى الانفعالية عنده تتعقد يوماً بعد يوم ، فإذا ناقشته فى الأطراف الصناعية التى ستصرف إليه فإنه يوافقك سريعاً وبدون فهم ، خوفاً من أن يقال عنه أنه غير عادى ، وقد يتسلم الجهاز الصناعى ولا يعرف كيفية استعماله جيداً ، أو لا يكون مقتنعاً بفائدته . وهكذا تكون النواحى الانفعالية المعقدة سبباً فى تعطيل التأهيل على وجه مُرض .

وبطبيعة الحال لا يمكن أن يستمر تجاهل حالة العجز زمناً طويلا ، فستأتى الظروف التى تقتضى حتما الإعلان عن العاهة ، كما فى حالة اختيار مهنة ، أو اختيار زوجة ، أو غير ذلك . وهنا لابد أن يقبل المصاب نفسه على أنه صاحب عاهة . فإذا وصل الشخص إلى هذه المرحلة فإنه يتنفس الصعداء ويحس بارتياح نفسى كبير لتخلصه من ذلك الكابوس الثقيل ويبدأ فى أن يكيف نفسه للموقف الجديد فى صالحه وصالح صحته النفسية .

الفصل الثانى

الصحة النفسية ووسائل التكيف

مقدمة

الصحة النفسية هى التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التى تطرأ عادة على الإنسان ، ومع الإحساس الإيجابى بالسعادة والكفاية .

ويعتبر الشخص كذلك، إذا كان متكيفاً مع بيئته لكى يستطيع تكوين وتدعيم صلاته وعلاقاته الاجتماعية حتى تكون خلواً من الصعاب والمضايقات وحتى تكون بالنسبة له مجدية اجتماعيا وشخصيا وحتى يجد الرضاء والمتعة .

إنه بهذه الوسيلة يتمكن من استغلال كفاءاته إلى أبعد الحدود دون أن تحدث صعاب أو مضايقات له . والصحة النفسية ليست حالة محدودة ومؤكدة يحصل عليها الفرد أو يخفق فى تحقيقها ، وتختلف الصحة النفسية من شخص لآخر كما أنه يندر أن يكون الشخص متكيفاً تكيفاً كاملا من هذه الناحية ، ويمكن قياس مدى صحة الفرد النفسية بمدى تكيفه مع بيئته .

برامج الصحة النفسية

يتضمن أى برنامج للصحة النفسية جانباً وقائياً من حيث أهدافه وأساليبه ، والغرض منه هو مساعدة الفرد على أن يتكيف مع بيئته بدرجة كافية بدلا من

أن يتلافى أو يصحح أى أخطاء أو أوضاع غير صحيحة بسبب عدم التكيف الكامل للفرد ، ويستهدف هذا البرنامج الوقاية ومنع ظواهر عدم التكيف الشائعة مثل الشعور بمركب النقص أو الالتجاء إلى عوامل الدفاع عن النفس التى منها الميل إلى العدوان كما يفعل الأطفال تماما والكذب واستعمال العادات السلبية وأحلام اليقظة ، فضلا عن أن برنامج الصحة النفسية يجب أن يهدف إلى الوقاية من أشكال عدم التكيف الخطيرة التى تنتج تصرفات جنونية ، إذ من المتفق عليه أن بعض أنواع النقص العقلى تنتج من تكرر حصول المواقف التى لا يتم فيها التكيف بين الفرد وبين دوافع الحياة وعلى ذلك فإن برنامج الصحة النفسية يجب أن يستهدف مساعدة الشخص على التكيف مع بيئته بدرجة كافية ومناسبة مع أساليبه وأساليب حياته ويجب أن يدخل فى الاعتبار ظروف الشخص الصحية وذكاؤه ومركزه وخصاله وكذلك بيئته العادية والاجتماعية ، ولكى تكون المساعدة وافية ، يجب ملاحظة مواهب الفرد الخاصة وملاحظة عيوبه الجسمانية والعقلية كذلك ، فضلا عن أنه يجب النظر إلى الفرد بحالته الراهنة ، وكما هو ، وكما نحب أن يكون .

الصحة النفسية للمصاب

يتفق المؤلفون جميعاً فيما يتعلق بالاستعداد المرضى الذى يخلقه قصور الأعضاء، وفى ذلك يقول أدلر Adler :

« منذ اللحظة التى ينفصل فيها الفرد عن بدن الأم ، تبدأ أعضاء جسمه والأعضاء التى لحقها القصور فى جهادها ضد العالم الخارجى ، وهو جهاد شاق جليل ، أشد وأقسى بكثير فى عنفه من الجهاد الذى تقوم به الأعضاء السوية، أما الضحايا التى تتهافت وتسقط فى ميدان هذا الجهاد ، فإن عددها يفوق

بكثير جداً عدد جميع من تصرعهم نوائب الزمن وأحداث الحياة الكثيرة . . . ومع هذا فإن ألوان القصور التى قسمت عليهم تهيئ لهم قدرة كبيرة للتعويض ، وما فوق التعويض وتزيد قدرتهم على التغلب على العقبات العادية والخارقة للعادة ، وتدفع بهم إلى تكوين كثير من الوظائف الجديدة وأشكال النشاط العالية . . . وعلى هذا المنوال تصبح الأعضاء القاصرة ينبوعا لا ينضب من العناصر التى يستطيع الكائن الحى أن يعمل على تحسينها والانتقاء منها ، حتى يستطيع أن يوفق بينها وبين ظروف الحياة التى أقبل عليها . فإن بلغ فى ذلك غاية كبيرة من النجاح ، كان ذلك نتيجة لمهارته فى ترويضها ولقدرة الأعضاء القاصرة على التغير والتحول ، ولطاقتها الكبيرة التى تدفعها نحو النماء والزيادة ، يضاف إلى ذلك كله ما يؤدى إليه الانتباه والتركيز الداخلى من التقدم الكبير فى العقدة النفسية العصبية التى تتصل بتلك الأعضاء » .



(شكل ٢)
تدريب العضلات على استخدام الساق الصناعية مما يعود بأطيب الأثر على الحالة النفسية

يتضح لنا من عبارة أدلر أن القصور البدنى يستلزم تغيراً فى الحياة النفسية ، ومن أوضح التغييرات التى نلاحظها ، عدم الشعور بالأمن فى كثير من المواقف ، وسنتعرض الآن إلى ثلاثة مصادر هامة لتلك الحالة .

(ا) عدم الاطمئنان إلى الحالة الجسمية :

تنظم الحياة كلها على اعتبار أن الأشخاص جميعاً سليمو البنية ، فتنظم

وسائل النقل دون عمل أية اعتبارات خاصة لذوى العاهات ، وكذلك تبنى المنازل وتصمم الآلات وترسم الخطط العامة كلها من أجل الأشخاص العاديين وحدهم ، وعلى أساس هذا التنظيم يستطيع الشخص السليم أن يحكم قبل البدء فى أية عملية إن كانت فى مقدوره ، فيعملها أو فوق طاقته فلا يقربها ، فهو يدرك أن ارتفاع سلم الترام يناسبه ليركبه وأن سلم (الأتوبيس) مثلا عال فيتركه ، ويعرف أن السير من منزله إلى محطة الترام لن يجهده وأنه إن لم يجد مكانا للجلوس فإنه يستطيع الوقوف وأنه يستطيع أن يتكلم وأنه يستطيع أن يسمع . وطبيعى أن الواحد منهم يصاب بالذعر لو عرف أن سلم (الأتوبيس) مثلا سيرتفع مترا ، وأن المقاعد ستكون بلا مساند وأنه إذا تكلم أمامه أحد فلن يرى سوى شفاه تتحرك ، ولن يسمع شيئاً ، وهكذا لو حُرم من أية ميزة من المزايا المتعددة التى لا يشعر بقيمتها إلا المحروم منها ، وكما يقال (الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى) فالمصاب بعجز جسمى يقاسى الحرمان من هذه المزايا ، ومن جميع التسهيلات ، لأنه يعيش فى عالم أعد فقط للأشخاص سليمى البنية ، فهو غير واثق من أغلب ما يعمله ، فإن كان أعمى ، فهو غير مطمئن إلى سلامة الطريق ، وإن كان أصم ويعتمد على حركات الشفاه ، فهو غير مطمئن إلى التخمينات التى تترآى له ، وإن كان يستخدم ساقا صناعية وصادفته سيارة مسرعة نحوه ، فهو غير مطمئن للجرى أو الوثب ، وإن كان يركب (أتوبيس) فهو غير واثق من أنه سيصعده بسلام ، وإن صعده فهو غير مطمئن لاتساع المكان له ولساقه الصناعية التى لا تنثنى وهكذا . . .

(ب) عدم الاطمئنان للغير :

وبالإضافة إلى الصعوبات التى يسببها له عالم الماديات فإن المجتمع يسبب له القلق والاضطراب . . . فهذا يقابله بوجه باش وذاك بوجه عابس ، هذا بتكبر وذاك بتواضع ، هذا يشاركه وجدانيا وهو يثور غضبا لقربه منه ، هذا يخاف

منه ، وذاك لا يثق فيه ، هذا يعتبره من الأولياء الصالحين وذاك يعتبره شيطانا رجيما ، هذا يعتبره رجلا كاملا ، وذاك يعتبره رجلا قاصرا ، هذا يحترمه ويقدره ، وذاك ينفر منه ويتقزز لرؤيته .

وهكذا يتعرض كل يوم لألوان شتى من الاتجاهات التى لا تناسق بينها ولا انسجام . فليس لأفراد المجتمع معايير واضحة وثابتة ، لكى يفهمها الجميع ويتصرف كل واحد على أساسها سواء له أو عليه . . . والتصرف الواحد فى الموقف الواحد ينتج عنه ردود أفعال مختلفة فيرضى هذا ويغضب ذاك مما يترك الشخص فى حيرة فلا يستطيع إطلاقاً أن يتنبأ بنتيجة أى فعل يعمله . فهل ننتظر منه أن يشعر بالأمن دون أن نغير من نظرة المجتمع إليه ؟

(ح) عدم الاطمئنان للنفس :

وكما يفعل فيه غيره ، فإنه يفعل فى نفسه ، فاتجاهاته نحو نفسه تتذبذب وليست على حال ، فاليوم يرضى عن نفسه لأنه أتى بأفعال مجيدة يستحق عليها الشكر والثناء ، وغداً يقف أمام المرآة ويتجه بأفكاره نحو جسمه المشوه الذى كان سليما فى يوم من الأيام ، فهو فى صراع دائم بين القيم المادية ، والقيم الروحية ، فهو إلى أسفل إذا فكر فى الأولى ، وإلى أعلى إذا فكر فى الثانية وهو بين أسفل وأعلى معظم الوقت . . . ولا نستطيع أن نتجاهل هنا نظرة المجتمع وعلاقتها بنظرته إلى نفسه فالأخيرة تكون انعكاسا للأولى .

ولو استطعت أن تجعل عدداً من هؤلاء المنكوبين يقصون عليك فى صراحة ما يجول فى خواطرهم لأدركت أن السيكولوجى لا يزال يجهل الكثير عن العالم الداخلى لهؤلاء الأفراد ، وأنه لا يستطيع أن يقدر الحالة حق قدرها تماما إلا الشخص الذى وقع فيها ومر بآلامها وقسوتها . ولا يعوض ذلك إلا الاستماع إلى مئات الحالات وإعطائها فرص التعبير الحر التام الذى تتخلله المشاركة الوجدانية التى تشجع على الاسترسال والتنفيس ويعقبه النصح والتوجيه الذى يشجع على العودة

إلى الكلام (والفضفضة) بما يجول بالخواطر ، على أن يسير مع هذا ويعقبه تحليل دقيق للآراء أو المعتقدات والمشاعر والخواطر فى ضوء العوامل المتعددة التى تؤثر فى كل حالة .

تلك باختصار هى الظروف التى تؤدى إلى عدم شعور العاجز بالأمن والطمأنينة ومن واجب المهتمين بالتأهيل أن يمدوه بجميع وسائل الرعاية مادية كانت أو معنوية فى النواحى الطبية والنفسية والاجتماعية وفى تدريبه وتشغيله والنظر إليه كما ينظر المربى إلى تلميذه يتعهده بعناية لينمو نمواً متزنا كاملا وليكتسب خبرات جديدة يوماً بعد يوم تحقق له فرص العمل المناسب الذى يكون احتمال النجاح فيه كثيراً ، فكثرة النجاح تعيد إلى المرء ثقته بنفسه وثقته بمن حوله ، وتبعث فى النفس الأمانى والآمال ، ولا يتم هذا إذا كلف الواحد منهم دائماً أعمالا بسيطة يكون النجاح فيها مضمونا تماما . ولا يحتاج إلى بذل مجهود هام يسترعى انتباه من حوله ويبعث على رضائه عن نفسه ، كما لا يجوز تكليفه دائماً أعمالا فوق مستواه بكثير ثم نساعده فى تأديتها إذا هو فشل فيها ، فالمهم أن يعمل هو بنفسه ويكتسب الخبرات بنفسه وأن يشعر بالنجاح .

الحوافز الأساسية عند الإنسان

١ — يوجه الإنسان نشاطه ويركزه نحو الحصول على حاجاته البيولوجية وعلى سلامته الجسمانية عموما ويستتبع ذلك أنه يتحاشى المواقف التى تسبب له الألم أو الجوع أو الحرمان على أنه يمكن حدوث وقبول أى من هذه العوامل لفترة مؤقتة ، على أمل تحقيق الرضا الدائم فيما بعد .

٢ — غالباً ما يتصرف الإنسان بطريقة تحقق له النجاح والتفوق والقيادة ، أما مدى ذلك فيتوقف على الفرد نفسه ، على أن الناس يحاولون دائماً تلافى المواقف

التى ينتج عنها الحسرة أو خيبة الأمل ، على أنه أحياناً يتقبل الشخص مرغما ، وبصفة مؤقته خيبة الأمل والحسرة على أمل أن يتحقق له النجاح والتوفيق فيما بعد.

٣ — غالباً ما يتصرف الإنسان بطرق تساعده على تحقيق مركز سامى وعلى الحصول على احترام الناس وإعجابهم — على أنه يتحاشى المواقف التى ينتج عنها إهمال المجتمع له أو احتقاره إياه — ومع ذلك نجد أن الإنسان أحياناً يتحمل الاحتقار والمذلة بشكل مؤقت على أمل الحصول على احترام ومركز سام بصفة دائمة فيما بعد .

٤ — عادة ما يسلك الإنسان سبيلا تؤدى به لأن يكون محبوباً ومرغوباً فيه وغالباً ما يتحاشى المواقف التى تؤدى به إلى عكس ذلك .

٥ — يلجأ الناس عادة إلى الأساليب التى توصلهم إلى الأمان وإلى الهدوء العقلى والشعور بالراحة والتحرر من المشغولية والبلبلة الفكرية ويتحاشون المواقف التى تؤدى إلى عكس ذلك .

٦ — توحى تصرفات معظم الأفراد أنهم يبحثون عن تجارب جديدة وبعض المغامرة وأنهم يتحاشون الحياة المملة الرتيبة ، على أن هناك اعتبارات خاصة ، كالعوامل الاقتصادية والمسئوليات الاجتماعية ورغبة الفرد فى المعيشة بين أفراد مألوفين له — كل هذه عوامل تتعارض مع رغبة الشخص فى حياة غير عادية — وعلى العموم فمعظم الناس يسعون إلى حياة فيها شىء من الابتكار والتجديد وذلك تلافياً للملل والضجر وذلك بدون المبالغة فى هذا التجديد والابتكار حتى لا يستلزم ذلك الاستمرار فى التكيف مع المواقف المتغيرة والتى تصبح صعبة وغير محتملة .

والحوافز المذكورة لازمة وأساسية لكل من الأشخاص العاديين وللمصابين جسمانيا كذلك غير أن بعض الرغبات التى ذكرت لا يمكن لذوى العاهات تحقيقها بنفس السهولة وبنفس النسبة التى يحققها بها الأشخاص العاديون — بل إن بعضاً منها لا يمكن تحقيقه إطلاقا للمصابين ، ويمكنهم عموما تحقيق معظم هذه الرغبات ولو بطريقة جزئية .

وسائل التكيف إزاء هذه الحوافز النفسية

هناك حيل متعددة يلجأ إليها الشخص بطريقة لا شعورية ليتكيف إزاء المواقف التى تقابله ولكى يشبع حاجاته النفسية ومن هذه الحيل :

التعويض Compensation ، والطريقة الهروبية Escape Reactions

والتقمص Identification ، والإسقاط Projection

والتبرير Rationalization ، والكبت Repression وغيرها

والإنسان ليس حرًّا فى اختيار الوسيلة التى يستعملها لكى يتكيف مع بيئته ، بل غالباً ما يكون ذلك بدون وعى منه وليس وليد العادة ، إنما يتوقف ذلك على الظروف المحيطة به وعلى خصاله وصفاته الشخصية .

ومن أهم الوسائل التى يلجأ إليها المصاب بعجز جسمى حتى يتكيف مع بيئته وسيلة « التعويض » التى سنبحثها بشىء من التفصيل .

متى تصبح إحدى وسائل التكيف غير مستحبة ؟

لا يمكن التعرف على هذه الحقيقة بدون دراسة وافية للظروف المحيطة بالشخص وحالته ، إذ ربما تعنى هذه الدراسة أن وسيلة ما أفضل من غيرها على حين أن وسيلة أخرى غير مرغوب فيها أو غير مناسبة أو كافية حتى يتكيف الشخص مع بيئته ، ومعنى ذلك أن وسيلة التكيف التى يمكن تطبيقها تتوقف إلى حد كبير على حالة الفرد وظروفه والاعتبارات الشخصية الأخرى .

ولتقدير مدى جدوى أى وسيلة من وسائل التكيف لا يكفى معرفة ظروف الشخص وحالته ، بل يجب أيضاً معرفة مدى شيوع وتكرر هذه الوسيلة وجدواها على الشخص وفى بيئته .

وتصبح وسيلة التكيف غير مرغوب فيها إذا لم تؤد الغرض المرجو منها بل إنها

تصبح ضارة إذا ما ترتب على استعمالها صعوبات فى انتقاء واختيار وتجربة سبل ووسائل أخرى غيرها .

التعويض عن القصور الجسمى

يقول أدلر « إن الشعور بالقصور الذى يوحى به إلى الفرد أحد أعضاء بدنه ، يصير على الدوام عاملا فعالاً فى نموه النفسى » . واعتمد أدلر [١] فى إثبات رأيه هذا على ما يحصل فى العالم العضوى ، قائلا « إن من الحقائق المعروفة ، أن أعضاء البدن الأساسية للحياة تزيد فى النمو ، وتجيد أداء وظيفتها ، إذا أصيب جزء منها ، أو جانب من الأعضاء الأخرى التى تتصل بها ، بما يعوق عمله . فنى أمراض الدورة الدموية تزيد قوة القلب ويتضاعف عمله ، حتى يصبح أكثر قوة وأوفر كفاءة من القلب العادى . كذلك إذا أصيبت إحدى الرئتين أو الكليتين وتعطلت عن العمل ، قامت الأخرى بعمل الاثنتين وزيادة ، إلى غير ذلك من الحالات الكثيرة التى يظهر فيها تعويض بعض أجهزة البدن عن ضعف بعضها الآخر تعويضاً واضحاً ، يبقى على الكائن حياته ، ويزيد قدرته على العمل والكفاح . »

وقد يكون التعويض تعويضاً مباشرا [٢] ، « يدفع الضرير إلى النبوغ فى الأدب أو الأصم إلى الإبداع فى الموسيقى أو الألكن إلى الامتياز فى الخطابة... والأمثلة التى تؤيد ذلك الرأى كثيرة متعارفة ، نذكر منها على سبيل المثال نبوغ ديموستين الإغريقى فى الخطابة على الرغم من لثغته ، ونبوغ أبى العلاء وملتون وبشار فى الأدب والشعر رغم عمى كل منهم ، وبيرون الذى مهر فى السباحة رغم أنه كان أعرج ، وبتهوفن

---

(١) Adler: Understanding Human Nature P. 75

(٢) علم النفس الفردى للدكتور إسحق رمزى ص ٩٨ — دار المعارف ١٩٥٢ .

الذى أخرج خير قطعة فى الموسيقى بعد أن وفد عليه الصمم، ومكسيلك المصارع وبطل الرياضة البدنية المعروف الذى كان مصاباً بذات الصدر فى طفولته. وتلك حقيقة فطنت إليها حكم الأجيال فوضعتها فى عبارات كثيرة منها «يوضع سره فى أضعف خلقه»، «أعمى العين ومفتح القلب»، «أقرع ونزهى»، أو «كل ذى عاهة جبار».

هذا التعويض واقع فى صميم البدن الذي يدبر أمر ما يلحق أحد أجهزته من عجز، بعمليات فسيولوجية تسد هذا العجز أو تزيد عليه.

غير أن القول بهذا المبدأ لا ينبغى أن يؤدى إلى الإسراع فى تعميمه أو إطلاقه من كل قيد أو شرط ويكفى أن نشير إلى أنه ينبغى أن يحيط بالإنسان من الظروف الداخلية والخارجية ما يعين على التعويض ويسمح به. فلسنا ننتظر من كل مكفوف أن ينبغ فى الأدب إن لم يؤت من القدرة العقلية ما يهيئه لذلك، ولسنا ننتظر من كل من فى سمعه وقر أن يخرج على الناس روائع النغم كما أخرج بتهوفن إذا لم يوهب القدرة على إبداع الأصوات.

ولسنا ننتظر من هذا أو ذاك أن يصلا إلى شىء كثير إذا لم تكن ظروف المجتمع قد هيأت لهما تذوق الأدب وفاضت عليهما بأنواع النغم وشتى الأصوات. هذا إلى أننا وإن كنا ننتظر من المرء فى صدر حياته أن يوفق فى التعويض عما وُلد به من عجز، فإننا لا ننتظر من الإنسان فى أعقاب العمر — وقد كاد يتيبس عوده وتخبو حيويته — أن يصل فى تعويضه عن عجزه إلى مثل ما يصل إليه الفتى اليافع.

وعلى ذلك فإننا نجد أن القصور العضوى لا يؤدى إلى التعويض فى الميدان الفنى أو العلمى فحسب، بل إنه كثيراً ما يظهر فى تكوين الأخلاق، وطراز الشخصية، ويكفى للتمثيل على ذلك ما يعرف عن خفة الشخص السمين وظرفه، أو تجمل الرجل القبيح المشوه الوجه، بالتفوق الروحى أو العقلى.

تقبل العجز *

الشخص المصاب الآن كان بالطبع سليما قبل الإصابة ، وفى أثناء سلامته كانت له نظرة خاصة إلى العجزة وذوى العاهات . هذه النظرة وتلك القيم التى كانت فى ذهنه ولا شك تستمر معه بعد إصابته ، فيبدأ ينظر إلى نفسه بنفس الطريقة التى كان ينظر بها إلى المصابين ، أى يشعر أنه أقل من الشخص السليم ، وإذا أعطيت الفرصة لشخص مبتور الساق مثلا ليعبر عن مدى تقبله لحالة العجز التى أصابته فإنه يقول : —

« الآن بعد أن فقدت ساقاً كنت أستخدمها فى السير والوقوف والجرى والوثب وحتى فى الصعود إلى جبل المقطم (ولو أنه لم يسبق له إطلاقاً ولم يفكر من قبل فى صعود الجبل) لا أستطيع الاشتغال بأى عمل يتطلب استخدام الساق .. وحتى لو ركبت ساقاً صناعية فقد تختل وقد تسقط منى فى أية لحظة . . . وإذا نظرت الآن إلى نفسى فى المرآة ، فلن أجد فى رجلا كاملا كما كنت ولكن تلك إرادة الله ، ولا بد أن أتعود على هذا المنظر المؤلم . . . والآن لا بد أن أقدر لكل خطوة موضعها ، وهل سأجنى من ورائها ما يوازى المجهود الضخم الذى يبذل فيها . . . ثم إن الوقت الذى يضيع الآن فى أداء شىء واحد كنت أستغله من قبل لأداء أشياء كثيرة . وعلى ذلك فسأظل دائماً أقل مما كنت ولن أعود إلى ما كنت عليه وما كنت أنتظر أن أكون عليه لو لم أفقد ساقى . »

كما أن هذا الشخص يفقد كثيراً فى علاقاته الاجتماعية ويشعر أنه غير مقبول فى بعض الأوساط كما سبق أن بينا ذلك ، كما يشعر أن عضويته غير

---

* من مقال للمؤلف فى الكتاب السنوى لعلم النفس — دار المعارف سنة ١٩٥٤ .

مرغوب فيها فى كثير من الاجتماعات . ولو أعطيت له الفرصة ليعبر عن مشاعره فى هذه الناحية فإنه يقول . . .

« عندما ينظر الناس إلىّ الآن فإنهم ينظرون إلى أسفل ويعتقدون أنى لا أستطيع مشاركتهم كما كنت أفعل من قبل ، وينظرون إلىّ كما لو كنت عبئاً ثقيلا يحسن التخلص منه . وإذا حدث وقبلوا وجودى معهم ، فلن يكونوا راضين عن هذه الحال . وسيهجرنى النساء وينفر الناس من منظرى . . فماذا أعمل وليس فى استطاعتى أن أكون كالشخص السليم . . »

وإن فى استطاعتنا أن نبحث كلا من هذه الصعوبات على حدة وأن نفكر فى طرق التغلب على كل منها ، ولكن هذه عملية شاقة إذ أنه يمكن أن نستمر فى عد صعوبات شخصية واجتماعية لا حصر لها . والأنسب من ذلك الآن أن نبحث فى بعض الطرق العامة للتغلب على بعض هذه الصعوبات . والمهم فى كل حالة هو تحديد بعض الظروف التى يمكن العمل على تغييرها كخطوة أولى فى التكيف.

والحالة التى نرمى إلى الوصول إليها مع العميل والتى نسميها « تقبل الفقد » أو « تقبل العجز » لا نقصد منها حالة خضوع لسوء الحظ ، بل على العكس إننا نرمى إلى التغلب على الشعور بسوء الحظ . وسنبين الآن الطريق الذى يظن المصاب أنه يهيؤه للتكيف والواقع أنه يخلق له مشاكل جديدة . ذلك أنه يتمسك بمعاييره وقيمه السابقة ، وهو أن المستوى الصحيح أن يكون الشخص سليما وعلى ذلك فإنه يعتقد أن أحسن السبل للتغلب على الصعاب التى يصادفها هو أن يخفى ما أمكن نواحى العجز أو القصور كما لو كان شخصاً سليما أمام أعين الناس .

ولكى يحقق هذه الغاية فإنه يكلف نفسه جهوداً كثيرة لا طاقة له بها حتى يبدو عادياً . أو يُغالى ليبدو أحسن من السليم . فهل يتغلب بهذه الطريقة على الناحية النفسية التى تؤلمه ، وهى عقيدته بأن العاهة تقلل من شأنه وتحقر من مركزه؟ إنه لا يتغلب بهذه الكيفية على تلك الصعوبة ، وإن الجهود الجبارة التى

يبذلها الشخص المصاب تضره كثيراً ، فهو غالباً يرفض معاونة غيره على أداء أعمال تحتاج عادة إلى المجهود البدنى لمجموعة من الأفراد سليمى البنية وأن شعوره بالنقص هو الذى يدفعه لرفض هذا التعاون ، ويجعله حساسا أكثر من اللازم لبعض نوحى السلوك التى لم يكن ليتنبه إليها من قبل . فلو كان مثلا يسير مع شخص آخر سليما وتقدم هذا الأخير ليفتح له الباب فإنه يتأثر جداً لذلك ، وما كان ليتأثر لهذه الحركة وقت أن كان سليما ، فهو الآن يرغب فى أن ينكر أنه محتاج للمساعدة ويود أن يقول له « لا تساعدنى لأن الشخص السليم لا يحتاج إلى مساعدة فى مثل هذا الموقف . »

وإن النسيان المؤقت لحالة العجز ليس عديم الفائدة تماما ، ففيه بعض الراحة النفسية ولو إلى حين . أما النسيان المستديم فهذا أمر مستحيل لأن الظروف والحوادث اليومية لا بد أن تذكر المصاب بناحية العجز فيه ، ويعبر المصاب عن ذلك بقوله : — « إن أحسن شىء يمكن عمله هو نسيان الحالة تماما ، ولكن كيف يتأتى ذلك وكل من يقابلنى يسألنى عنها ، إنى لا أفكر فيها تماما إلا إذا ذكرنى بها شخص أو أردت فعل شىء فأتذكر فجأة أنى عاجز بعد أن فقدت ما فقدت . »

ومن الغريب أن المصاب يتعلق تعلقاً شديداً بالأشياء التى تجرح شعوره ، فيفكر فيها طويلا ويفسرها دائماً ضد نفسه ، ويكون ميالا لأن يقلل من شأنه .

ومن الممكن إحداث تغيير عند المصاب ، وذلك بمساعدته على أن يعيش فى عالمه الواقعى وأن يفكر تفكيراً موجهاً منتجاً ، وأن يواجه مشكلاته بشجاعة وأن يفكر فى تحسين جميع أحواله وبكافة الطرق ، وأن يستعين بالأجهزة الصناعية وما يقترح عليه من أطراف صناعية ، أو سماعات صوتية أو ما شابه ذلك وأنه لا يزال يمتلك رصيداً كبيراً من القدرات المختلفة وإن لم يشعر به من قبل ، إلاأن هذا الرصيد يعوض عليه ما فقده بسبب الإصابة ، وعلى ذلك فهو لا يزال رجلا كاملا ، له أهمية كبرى فى المجتمع الذى يعيش فيه ، وإن إصراره على مقارنة

نفسه بين كل حين وآخر بالشخص السليم لا يعود عليه أو على غيره بأى فائدة تذكر .

ونذكر فى هذه المناسبة أن الكثيرين ممن يصابون بحوادث ينتج عنها عاهات يفكرون جدياً فى التخلص من الحياة بالانتحار . . والذى يحدث فى مثل هذه الأحوال هو أنهم يعطون أهمية كبرى للأعضاء التى فقدوها من أجسامهم بحيث تصبح الحياة لا تساوى شيئاً فى نظرهم . . فكل عمل يعمله الواحد منهم فى ذلك الوقت يشعر أنه يتعبه وأنه قاس على نفسه سواء كان لهذا العمل ارتباط بالعضو المصاب أو لم يكن له أى ارتباط ، وهذا العذاب الذى يخلقونه لأنفسهم يمتد إلى كل شىء ، وفى كل وقت ، ويكون المخرج الوحيد لهم من حالة الفقدان وحالة العذاب وحالة الضيق النفسى هى ترك الحياة بكل ما فيها .

ولحسن الحظ أن هذه الحالة لا تطول كثيراً ، ويستطيع معظم الناس التغلب عليها . أما عن كيفية التغلب ، فهذا ما لا يستطيع علم النفس حتى الآن أن يقرره بالدقة ، وربما كان ما يحدث هو أن الشخص يبدأ يدرك أن فى الحياة أشياء أخرى غير العذاب والألم ، فبعد أن ينوى على الانتحار ويرسم خطته ولا يبقى له إلا التنفيذ ، يدرك فجأة فى هذه اللحظة أنه سيفقد حياته ويفزع لذلك ، وهنا تكبر قيمة الحياة فى نظره . فيبدأ من جديد أول سلسلة فى الشعور بالقوة والأمل .

والشخص الذى يمر بهذه التجربة ويحس أنه سار فى طريق الضلال حتى آخره ثم عاد إلى رشده ، يشعر ذلك الشخص أنه لن يقابل موقفاً عدائياً أسوأ من هذا ، وتصغر فى نظره إصابته وما فقده من جرائها ، ويبدأ فيقدر ما تبقى له من نعم الإله وهى كثيرة « زوج من الأرجل ، زوج من الأيدى ، زوج من الأعين ، زوج من . . . وأى زوج يعتبر نعمة من الله سبحانه وتعالى » . . . ونجد النزعة الدينية تتغلب عليه فى هذا الوقت . وانظر إلى ما جاء على لسان شخص كهذا . « الصحة ، الراحة ، الصداقة ، المعيشة فى الدنيا ، الدنيا كلها ، الحياة » .

وانظر إلى ما قاله شخص ثالث . . « لقد تغيرت قيمة المسائل فى نظرى

فما كنت أعده تافهاً تبين لى أنه عظيم للغاية وبذلك قلت قيم أشياء كنت أعدها على جانب كبير من الأهمية . لم أفكر من قبل إطلاقاً فى معنى الحياة وأصبحت أدرك أن الكثيرين يعيشون بدون هدف ، يأكلون ويشربون وينامون ، هؤلاء لا يعيشون أو قل أنهم يعيشون كالبهائم أو أقل . وإنى أشعر الآن أنه لا قيمة للحياة ما لم أنتج ، وإلا فما فائدة عودتى للدنيا . . . لا بد من التمتع والضحك والسرور والتنزه والعمل فى أحسن الأعمال والإنتاج والتكسب . »

ومن المسائل التى يهتم بها المصاب فى أغلب الأحوال هى مظهره الخارجى ، فهو يعتقد أن أى شخص سليم يقابله ، يقع بصره أول ما يقع على العضو المبتور أو العاهة أياً كانت . . وأن هذا يحتل بؤرة تفكير وشعور السليم ، والواجب أن يفهم المصاب أن الأثر الذى تتركه مقابلته لشخص سليم يكون نتيجة تأثير الشخصية كلها كوحدة ، وأن أثر المظهر الجسمى يكاد لا يذكر إلى جانب أثر النواحى الأخرى الهامة . وأننا كثيراً ما نصادف أشخاصاً ونتحدث إليهم ونحكم على قوة شخصياتهم ثم ننصرف وربما نعرف بعد ذلك أن منهم من كانت ساقه صناعية أو أن إحدى عينيه زجاجية أو غير ذلك . هذه الأمور التافهة لا تسترعى انتباهنا مثل كياسة الشخص ولباقته وسلوكه عموما وتفكيره وآرائه ومعتقداته وآماله ومطامعه وخلقه ومثله العليا وغير ذلك من العوامل التى تكون وحدة مترابطة وهى التى تترك فينا أثراً فعالا .

التكيف عن طريق العمل

يقصد بذلك اختيار نوع ملائم من الأعمال التى تساعد المريض أو المصاب على إعادة التكيف ، فيتجه بتفكيره إلى غير مرضه أو إصابته مما يساعد على رفع روحه المعنوية وسرعة شفائه . وهنا يجب أن نفرق بين التكيف أو العلاج بالعمل

والتدريب المهنى أو التوجيه . فالغرض من الأول هو سرعة شفاء المصاب دون النظر إلى ما قد يكسبه المصاب من هذا العمل سواء أكان الكسب أجراً مادياً عاجلا أم خبرة بعمل يؤديه فى المستقبل . أما الثانى فهو تدريب المريض فى أثناء النقاهة أو بعدها على العمل الذى يصلح له فى المستقبل سواء أكان هذا العمل الذى يصلح له فى المستقبل هو عمله الأصلى أم حرفة جديدة تناسب حالته . فإذا أمكن أن يجمع بين الغرضين من بادئ الأمر كان خيراً وأبقى وإلا ظلت كل مرحلة من هذه المراحل وحدة لها كيانها إلى حد ما ويمكن تقسيم المجالات التى يستخدم فيها العلاج بالعمل إلى الأقسام الآتية* : —

أولا : الإصابات بجميع أنواعها — مثل : —

١ — كسور قد ينشأ عنها تيبس مؤقت فى المفاصل أو دائم .

٢ — إصابات أخرى كالحروق والجروح قد تؤدى أيضاً إلى تيبس المفاصل أو شلل عضو أو ضمور فى عضلاته أو قصور فى وظيفته .

٣ — بتر الأطراف .

ثانياً : الأمراض الباطنية وتشتمل : —

١ — السل ٢ — أمراض القلب ٣ — الشلل ٤ — أمراض المفاصل المزمنة .

ثالثاً : فقد الإبصار .

رابعاً : الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية .

وتختلف الوسائل باختلاف الحالات فمن أنوال للنسيج إلى أدوات للتريكو والتطريز والحياكة أو مواد أولية لبعض المصنوعات الجلدية أو عمل السلال أو صناعة الشيلان الصوف أو الملافح وما إلى ذلك . والذى نود أن نؤكده هو أن العلاج بالعمل أسلوب سيكولوجى يتوقف على شخصية المريض ونفسيته واستعداده

* من محاضرة للدكتور عبد المنعم عزت عن « وسائل تحقيق العلاج عن طريق العمل فى مصر » برابطة الإصلاح الاجتماعى — أبريل ١٩٥٣ .

أيضاً وبذلك يثمر ويؤدى ما يقصد به . ولذلك ينبغى أن تدرس الحالة النفسية للمصاب وأن تزال منه جميع أسباب القلق قبل أن يوصف له العمل ، وتلك هى مهمة الأخصائى النفسى .

مجهودات الأخصائى النفسى

تحدثنا حتى الآن عن بعض الظواهر السيكولوجية الهامة فى حياة الشخص المصاب مما له علاقة بحسن تكيفه. ومنها يتبين الدور الهام الذى يقوم به الأخصائى النفسى وخاصة فيما يتعلق بموضوعات الدوافع والاتجاهات النفسية مما يؤثر أكبر الأثر على عواطف المصاب وعلى حياته الانفعالية. وقد كانت الموضوعات الخاصة بتأثير العاهة على المصاب واتجاهه نحو نفسه واتجاهات العالم الخارجى نحوه موضع الدراسة النظرية لعلم النفس الاجتماعى ، فتقدم بمجموعة من النظريات الحديثة منها ما صادف انتشاراً كبيراً كآراء ألفريد أدلر حيث يقول إن العاهة تدفع صاحب العمل ، ويعتبر زيادة العمل وإتقانه الزائد من قبيل التعويض عن القصور أو النقص وكما أن هناك نظريات أحدث من ذلك ومن بينها نظرية باركر Roger G. Barker وزملائه وهم يعتقدون أن الشخص الذى يصاب بعاهة يضم نفسه إلى طائفة ذوى العاهات ليفرض على نفسه العضوية فى جماعة صغيرة منفصلة عن المجتمع العادى لظروفها الخاصة فيشعر شعورهم ويتمشى



(شكل ٣)
التدريب داخل الجمنزيوم يساعد على التكيف

مع اتجاهاتهم وهذا الشعور وذاك الاتجاه ، يماثل شعور واتجاه الطوائف الخاصة والأقليات التى يجمعها عامل مشترك مثل عامل الدين أو لون البشرة أو الجنس أو غير ذلك . والواقع أنه بالرغم من أن هذه النظريات تبدو متباعدة إلا أنها تسير جنباً إلى جنب دون أى تعارض .

العجز الجسمى أو العاهة يكون لها أثر شخصى على الفرد ، وإنّا نلاحظ بعض هذا الأثر كما نلاحظ بعض مظاهر الجزء الأكبر من الأثر الذى يستوطن فى منطقة اللاشعور. ومما لاشك فيه أنه مهما قللّنا من قيمة أعضاء الجسم والمظهر الجسمانى فهو أحد المكونات الأولية للشخصية ، وهذا علاوة على أن للجسم تأثيره على اتجاهات المجتمع الخارجى كما سبق أن أوضحنا . لذلك فإنه مهما ضغطنا على وجوب اعتبار كل ذى عاهة شخصاً منفرداً مستقلا ، وله ظروفه الخاصة وسلوكه الخاص به فإن هناك بعض الصفات المشتركة فى سلوك ذوى العاهات نشير إليها الآن باختصار .

١ - يعتبر سلوك كثير من ذوى العاهات سلوكا شاذا ومع ذلك ثبت لنا من الحالات التى قمنا بدراستها أن هناك ما لا يقل عن ٤٠ فى المائة من ذوى العاهات يعتبر سلوكهم عاديا ، بل قد يفوق المستوى العادى فى بعض الأحيان .

٢ - ومع ذلك فإن السلوك الذى نسميه شاذاً ليست له مميزات خاصة بذوى العاهات وإنما الشذوذ يكون من نفس نوع شذوذ الأشخاص العاديين . حقاً إن هناك بعض أنواع السلوك الذى يغلب عليه كثرة الخجل والشعور بالنفس والانسحاب ، إلا أن من بينهم أيضاً من هو على النقيض من ذلك تماما .

٣ - كانت نتيجة محاولاتنا للربط بين أنواع السلوك وأنواع العاهات سلبية فلم تكن هنالك صفات مميزة لمبتورى الذراع الأيمن مثلا*.

---

* ربما يبدو لنا بالملاحظة العرضية أن عدداً كبيراً من مبتورى الذراع الأيمن يلجأون إلى الاستجداء وخاصة فى عربات الترام ، ولكن بالملاحظة المنظمة تبين أن نسبة أصحاب العاهات الأخرى يلجأون إلى نفس السلوك بنسبة توازى نسبة من يلجأون إلى الاستجداء من بين مبتورى الذراع الأيمن .

٤ — كانت نسبة السلوك الشاذ أكبر بكثير فى حالة المصابين بعاهات منذ آجال طويلة منها عند المصابين حديثاً . والواقع أنه لم يكن من أهدافنا تأهيل أفراد الفئة الأولى إلا أن عدم تكيفهم فى الماضى ، وعدم توفيقهم إلى أعمال مناسبة جعلهم يتسكعون ويشاغبون بغية الحصول على كل ما يمكن الحصول عليه .

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن الاتجاهات ليست ستاتيكية جامدة ، بل إنه يمكن العمل على تغييرها وتلك مهمة أساسية من مهام الأخصائى النفسى ، وأن سهولة أو صعوبة التغيير تتوقف بطبيعة الحال على الفرد نفسه وما يكتنفه من ظروف وعوامل متعددة وليست العاهة إلا واحدة من هذه العوامل الكثيرة ، وأن الأخصائى النفسى بحكم مرانه وخبرته هو عضو فريق التأهيل الذى يستطيع أن يقدر أهمية كل عامل من هذه العوامل وأن يوضح لزملائه المهتمين بتأهيل الحالة كيفية التوجيه والإرشاد بحكم دراسته لهذه العوامل ، فإذا نجحت الحالة أو فشلت فهو المسئول الأول .

دراسة القدرات العقلية :

لا تنتهى مهمة الأخصائى النفسى عند حد دراسة اتجاهات الفرد وحالته الانفعالية وتوجيهه فى هذه الناحية بل عليه أن يتابع هذه الدراسة فى ميدان آخر ، فعليه أن يتكشف النواحى العقلية المعرفية للشخص وما عنده من قدرات عامة وخاصة ، فطرية ومكتسبة . ومن أمثلة هذه الاختبارات : مقاييس للذكاء واختبارات للقدرة الميكانيكية والقدرة اليدوية واختبارات للقدرة على تركيز الانتباه والقدرة على التصور البصرى والقدرة على تمييز النغمات الصوتية المختلفة . . .

كما أن عليه أن يكتشف النواحى المزاجية كالتفاؤل والتشاؤم والانبساط والانطواء والإقدام والتردد . . . وأن يكتشف الصفات الخلقية كالصدق والأمانة والتعاون . . . وأن يدرس هوايات الفرد وميوله الشخصية وأن يعتمد فى كل ذلك

على اختبارات موضوعية تمتاز بالصلاحية والثبات* .

وطبيعى أن الأخصائى النفسى لا يطبق كل ما عنده من اختبارات على كل حالة وإنما ينتقى المجموعة التى تناسب العميل الذى أمامه فى ضوء التقرير الطبى الذى قد ينصح بأن يكون نوع العمل الذى يوجه إليه العميل من النوع الذى يحتاج إلى جلوس طول الوقت ، فالأعمال التى من هذا النوع فى البيئة المحلية يمكن حصرها ثم تأتى نتيجة اختبارات الذكاء فتحدد المهن أكثر من ذى قبل وتأتى ميول العميل وظروفه الخاصة فتحدد أكثر وبذلك تقل اختبارات القدرات الخاصة إلى أقل حد ممكن .

* * *

هذه الخطوات التى ذكرناها حتى الآن تحدث جميعها عند توجيه الأشخاص العاديين سليمى البنية ، ولكنا هنا نضيف مشكلة جديدة وهى أن الإمكانيات البدنية أيضاً محدودة ولا بد لنا أن نأخذها فى اعتبارنا عند التوجيه كما سيتضح لنا فى الفصول التالية . والغرض من كل هذا هو ضمان حسن تكيف الفرد فى عمله ، وهذا — كما نعلم — شرط أساسى لسلامة الصحة النفسية .

---

* وتوجد الآن فى هذه الميادين مئات الاختبارات فى الخارج ولا يوجد شىء يذكر منها فى مصر . وقد بدأت الدراسات العليا وخاصة فى معهدى التربية المعلمين والمعلمات بجامعة عين شمس تتجه للدخول فى هذا الميدان . ويلقى المؤلف محاضراته فى هذا الموضوع لطلبة الأبحاث .

كما بدأ قسم الدراسات النفسية بمكتب التأهيل المهنى فى عمل بعض الاختبارات وهى لا تزال تحت التجربة .

الباب الثاني

سيكولوجية الجماعات الخاصة

الفصل الثالث

سيكولوجية الأصم

مقدمة :

يوجد فى مصر عدد لا يستهان به من الصم ، فحسب التعداد الرسمى لسنة ١٩٤٧ نجد أن عدد الصم وحدهم ٧١٠٢ شخصاً ، هذا عدا المصابين بعاهات أخرى علاوة على صممهم كما هو مبين بعد :

أصم وأبكم	٨٨٥٨
أصم وأبكم وضعيف القوى العقلية	٢٨٨
أصم وأبكم وضعيف القوى وفاقد إحدى العينين	٦٤
أصم وأبكم وفاقد إحدى العينين	٦٤
أصم وأبكم وفاقد البصر	١٧٥
أصم وأبكم وفاقد البصر وضعيف القوى العقلية	٤٣

فماذا صنعنا لجميع هؤلاء ولغيرهم ممن لم يشملهم الإحصاء ؟ لا شيء يذكر . وهل حاول أحد مساعدتهم مساعدة فعالة على أساس متين ؟ إن أقصى ما كان يعمل للواحد منهم هو مساعدته للحصول على سماعة كانت غير مناسبة فى كثير من الأحيان ولم تساعده على التفاهم مع غيره فيئس من الشفاء ومن القدرة على السمع ، فكانت النتيجة الطبيعية . وهى محاولة التخلص من الحياة ، ولقد قابلت من هذا الصنف عدداً كبيراً .

تلك هى الحالات التى تتعرض إلى عبء ثقيل من التجاوب العاطفى من

أفراد المجتمع . ولكن هناك حالات أخرى ودرجات أخرى من الصمم سنعرضها الآن .

توجد فى هذا المجال اصطلاحات كثيرة صيغت لتنى بمختلف الأغراض والاتجاهات ، فهناك تعبيرات مثل أصم ، أصم وأبكم ، أبكم وشبه أصم ، وشبه أبكم ، أصيب بالصمم ، ذو سمع جزئى ، ثقيـــل السمع . . . . إلخ. ونتيجة لهذا التباين فى التعبيرات يجد الأخصائيون والدارسون أنفسهم فى حيرة وغموض .

على أنه يمكن تقسيم المصابين بعاهات سمعية إلى ثلاث فئات (١) الصم (٢) ثقيلى السمع (٣) والذين أصيبوا بالصمم . وينبعث الفرق بين هذه الفئات من اعتبارين (١) السن عند حصول العاهة السمعية و (٢) مدى فقدان السمع .

فإذا كان مقدار الخسارة طفيفة (حوالى ١٪ من قوة السمع) فلا يحتمل أن تؤدى إلى تغيير مجرى حياة الشخص أو نشاطه فى أى مرحلة من مراحل سنه . وإذا حصل هذا الفقدان فى مرحلة الطفولة فإنه لن يؤثر بدرجة كبيرة على التطور الطبيعى للفرد فى الناحيتين النفسية والتعليمية ، إذ يمكن حينئذ اتخاذ بعض إجراءات خاصة لتعويض أى نقص فى هذا المضمار ، على أنه حينما تقترب نسبة فقد السمع من ٢٥ — ٣٠٪ فإن المشاكل والصعوبات تبدأ فى الظهور ، وفى هذه الحالة يجب استخدام الإجراءات والوسائل الخاصة لكى يمكن الاحتفاظ بشكل مجدى بالعلاقة السمعية بين الفرد والبيئة ، ويمكن تحقيق ذلك بدون اختلال يذكر فى شخصية المريض . وفى حالة الأطفال يمكن المحافظة على تطورهم النفسى — التعليمى بطريقة مشابهة بالرغم من وجود مشاكل أخرى — وهذه الفئة (المصابون بالصمم الطفيف أو المتوسط) تكون كثرتهم العظمى من ثقيلى السمع .

ويلى هؤلاء فئة تتغير بفقد سمعهم بدرجة كبيرة ملحوظة (حوالى ٥٠٪ أو أكثر) ، وبملاحظة حالة هذه الفئة يتبين أن الروابط السمعية بينها وبين البيئة

تتأثر وتختل بدرجة كبيرة إذ يحتمل أن ينعدم التفهم السمعى للألفاظ والأفكار والأصوات اليومية المادية ، وإذا لم تنعدم فهى على الأقل تتشوه بشكل خطير .

وإذا وجدت العاهة منذ الولادة فإن الطفل لا يتعلم شيئاً يعول عليه عن طريق الأذن ، وتصل الدرجة إلى أنه لا يستطيع أن يتعلم الكلام أيضاً ، وفى هذه الحالة تستعمل وسائل تعليمية خاصة غاية فى الدقة ، ومن ثم تتميز جميع تجارب الطفل التعليمية بطابع اصطناعى ، أما إذا حصل فقدان ملحوظ فى السمع فى الطفولة المبكرة أى فى الوقت الذى تنمو فيه اللغة والكلام عند الطفل، فإن هذا النمو قد يوقف ، ويتعين استخدام طرق خاصة للتعليم ، ومع ذلك يكون هذا الطفل قد حصل على ميزة تفهم بعض التجارب العادية المتعلقة باللغة والكلام التى ليست عند طفل ولد أصم . غير أنه إذا كان مثل هذا الطفل صغيراً جداً فإن هذه الذكريات تتلاشى من مخيلته تدريجياً ، وعندئذ يتساوى مع الطفل الذى ولد أصم. وعلى ذلك فإن أخطر عائق فى تقدم الطفل النفسى — التعليمى يحصل عند وقوع فقدان كبير فى السمع قبل سن الخامسة . وتقدر نسبة من أصيبوا بالصمم فى هذه السن المبكرة بمقدار ٨٠ إلى ٩٠٪ من مجموع الصم . وكلما زاد السن الذى حصل فيه الصمم ، كانت التجارب السابقة فى محيط اللغة والكلام ذات فائدة كبيرة فى محاولات الطفل للتغلب على عاهته السمعية رغم أن استعمال الوسائل التعليمية الخاصة ما يزال لازماً أيضاً فى هذه الحالة .

ويعقب الفئـــة السابقة فئة تصاب بالصمم فى سن متأخرة ، ولهذا فإن الصمم لا يؤثر فى نموهم النفسى — التعليمى ، أو فى تجاربهم التعليمية ، وهذا هو الحال فى من يصابون بالصمم عند كبرهم ، ومثل هؤلاء هم الذين يصابون بالصمم بسبب الحروب — فبالرغم من أنهم لايسمعون صدى لأى صوت فإن الفرق بينهم وبين ذوى الصمم المبكر كبير جداً من الناحية النفسية ، حتى إنه لا يمكن وضعهم فى فئة واحدة بالرغم من أن النوعين يشتركان فى احتياجاتهما من ناحية تفهم الكلام وترجمة حركات الشفاه — ويكون هؤلاء

(الذين أصيبوا بالصمم الملحوظ فى سن متأخرة) الكثرة العظمى ممن أصيبوا بالصمم فى إحدى مراحل حياتهم .

وتلخيصاً لما تقدم نورد فيما يلى فئات الصم التى اقترحت فى أحد المؤتمرات فى سنة ١٩٣٧

The Committee on Nomenclature of the Conference of Executives of American Schools for the Deaf.

ويعتبر هذا التقسيم أحسن ما يمكن قبوله فى الوقت الحاضر .

الصم : وهم الذين لا ينتفعون بحاسة سمعهم لأغراض الحياة العادية ، وتنقسم هذه المجموعة إلى فئتين تتميز كل منهما بالوقت الذى حصل فيه فقدان السمع .

(١) الصمم الخلقى The congenitally deaf الذين ولدوا صماً .

(ب) الصمم العارض The adventitiously deaf الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ولكنهم أصيبوا بالصمم فى إحدى مراحل حياتهم نتيجة لمرض أو حادث وبينما ينطوى ضمن الاصطلاحات السابقة العامل الأوحد الذى يميز الصم . ألا وهو النمو النفسى — التعليمى ، إلا أن هذا التقسيم قد استبعد نقط الخلاف والنقاش الثانوية .

حقائق :

قام جوردون بيرى[1] Gordon Berry بعمل إحصائية تقديرية سنة ١٩٣٨ عن (١) عدد الطلبة المسجلين فى المدارس الخاصة بالصم (٢) متوسط مدة المواظبة على المدرسة (٣) متوسط العمر التقديرى للصم — فكان مجموع الصم بالولايات المتحدة ١٢١,٨٧٨ أصم — وهذا يبين أن الصم يكونون أقلية ضئيلة عند مقارنتهم بمجموع السكان أو بمجموع المصابين بضعف السمع إذ أن الفئة الأخيرة قد قدرت بحوالى مليون طفل أو أكثر فى الولايات المتحدة

(١) Berry, G.: "Deafness in the United States". The Volta Review, Vol. 40, 2, 1938, p. 69.

وحدها — وبناء عليه يكون من الصعب على المجتمع أن يعى ويقدر المشاكل والاحتياجات الخاصة بهذه الفئة الضئيلة المبعثرة فى شتى الجهات .

الصم والأفكار الشائعة خطأ عنهم

يستعمل لفظ أصم فى الحديث الدارج ليعبر عن عاهات السمع مهما كانت درجتها أو سببها ، لكن الواقع هو أن عاهات السمع على أنواع مختلفة، وأن الصمم لا يعبر إلا عن نوع واحد منها . وهو فريد فى نوعه لأن المصابين بالصمم يكونون الطائفة الوحيدة التى تتطور حياتها بدون أن تتمتع بالاتصال أو التعامل مع البيئة على أساس سمعى . وهذا عائق كبير له أكبر الأثر على نفسية المصاب .

والشخص السليم لا يستطيع أن يدرك تماماً آثار الصمم ، فهو لا يستطيع أن يتصور مدى خطورته ، وهو غير قادر على أن يتحرر من تجاربه السماعية ليستطيع أن يقدر أوأن يشعر بكيفية النموالتطورفى عالم الصمم . وكانت النتيجة العـامة لذلك على مر الزمن هى شيوع أفكار خاطئـة عن الصم بين الجماهير عامة . واعتبر الصم أفراداً غير قابلين للتعليم وأنهم أغبياء أو بلهاء أو شواذ أو غير ذلك ، كما اعتبر عجزهم عن الكلام دليلا جديداً على شذوذهم، ومن ثم وصفوا بالبكم وبالخرس .

أسباب الصمم

إن نوع الصمم المذكور آنفاً يعرف بالصمم العصبى Nerve deafness أو صمم التمييز والإدراك الصوتى Perception deafness وهو علامة على

وجود عيب في أعصاب السمع أو أى أعضاء أخرى متعلقة بإدراك الأصوات وتمييزها ، ويكون سبب ذلك هو المرض أو الحوادث أو النمو الخاطئ . وفى بعض الحالات يشمل العيب أيضاً العضو الخاص بتوصيل الصوت ، وحينئذ يعرف الصمم بالصمم المختلط Mixed وحتى الآن لم يتسن اكتشاف علاج للصمم العصبى ، كما أن استخدام وسائل مساعدة الفرد على السمع لا تغير الموقف بأى حال إذا كان هناك فقدان كبير فى السمع .

وحسب التقرير الصحى الذى وضعته وزارة الصحة بالولايات المتحدة سنة ١٩٣٦ اتضح من فحص طلبة المدارس للصم أن ٦٢٪ منهم ولدوا كذلك أى بصمم خلقى على حين أن ٣٨٪ أصيبوا به بعد الولادة وهذا هو الصمم العارض .

وأكثر أسباب الصمم الخلقى شيوعاً هى : العوامل الوراثية ، والإصابة بالزهرى والتهاب أغشية الدماغ (البانولوجيا) أما داخل الرحم أو عند الولادة ، جروح خطيرة عند الولادة ، نقص أكسجين الدم عند الولادة anoxemia ، تعاطى الأم للأدوية الضارة خلال مدة الحمل ، مرض الأم خلال الحمل بأمراض مثل الحصبة الألمانية ، هذا عدا بعض أنواع الصمم الخلقى الذى لم يعرف له سبب حتى الآن .

وأهم أسباب الصمم العارض هى الأمراض المعدية التى يكون الأطفال أكثر تعرضاً لها — وقد قرر بست[1] Best أن الحمى القرمزية والتهاب أغشية الدماغ معاً يتسببان فى رُبع الإصابات بالصمم .

وهناك خطأ شائع عند بحث الأسباب والتعبير عنها وهو يتعلق باستعمال اصطـلاحى (وراثى hereditary) و (خلقى Congenital) حيث أنهما لا يؤديان نفس المعنى . فالخلقى لا يشير إلى سبب الصمم بل إلى وقت

(١) Best. H.: Deafness & the Deaf in the U.S., N.Y., 1943.

حصوله ، بينما الوراثى يشير إلى سبب الصمم ولا يشترط وجوده عند الولادة فربما ظهر بعد ذلك فى إحدى مراحل الحياة وهو يتوارث حسب قوانين مندل .

ومنذ أمد قريب أمكن إنقاذ الكثيرين من حصول عاهة الصمم بواسطة الأدوية الحديثة antibiotics وقد استفاد منها الأطفال بصفة خاصة ، وفى محيط (الصمم الخلقى) أمكن القيام بأبحاث مجدية إذ أن بعض هذه الأبحاث اكتشفت بعض أسباب كانت مجهولة ، كما أمكن الوصول إلى بعض وسائل مقاومتها . مثال ذلك[1] أنها أوضحت أن الحصبة الألمانية روبلا Rubella التى تصاب بها الأم فى أثناء الحمل هى إحدى هذه الأسباب — وربما يتسنى للأبحاث الحالية فى تحليل الدم لإيجاد عامل ال .Rh أن توضح بعض العوامل التى تؤدى إلى الإصابة بالصمم .

اكتشاف الصمم والتشخيص المتباين

إن اكتشاف المرض وتشخيصه لمن الأمور المعقدة جداً ، حيث أنه عادة يتعلق بأطفال صغار لا يستطيعون الكلام أو التفاهم ، وبالرغم من ذلك يستحسن التبكير فى اكتشاف وتقدير مدى فقدان السمع حتى يمكن تقدير احتياجات الطفل التعليمية فى وقت مبكر ، وبالتالى رسم مسلك حياته المستقبلة .

ففى حالة الأطفال الذين أصيبوا بالصمم منذ الولادة أو قبل تعلم الكلام والتفاهم ، يمكن اكتشاف أن لديهم ما يعوق سمعهم نتيجة لما يأتى :

١ — إذا أخفقوا فى الكلام فى السن والوقت العاديين .

٢ — عدم قدرتهم على تفهم الكلام .

---

(١) Levine, Edna Simon : "Psychoeducational Study of Children Born Deaf." Am. J. of Diseases vol 81, 1951 pp. 627-35

٣ — انعدام تجاوبهم وتميزهم للأصوات .

غير أنه لا يشترط لزوماً أن تكون هذه علامات دالة دائماً على عوائق للسمع أو على ثقله فهناك ظروف أخرى غير مرتبطة بفقد السمع ربما تكون السبب فى الظواهر السابقة .

وهنا تبدأ أولى مراحل التشخيص المعقدة ، فعند انعدام سجل تاريخى لعوامل الوراثة ومضاعفات الحمى أو العلل التى أصيبت بها الأم فى مراحل الحمل الأولى لا يمكن الجزم أن الصمم حصل بسبب العلامات السابقة وحدها ، والواقع أن الطفل الصغير الأصم عادة ما يتجاوب مع بعض الأصوات ، وهذا يلقى بعض الشك على الموقف — حيث أنه بالنسبة للشخص العادى لا يعتبر الطفل الذى يتجاوب مع بعض الأصوات أصم بأى حال — وهذا اعتقاد خاطئ إذ فى الحقيقة يتجاوب الأطفال الصم مع كثير من الأصوات .

وهناك تعقيدات أخرى فى عملية التشخيص إذ بينما تنتهى العملية إذا قرر الباحث بجلاء وجود عوائق للسمع لدى الطفل الصغير أو انعدامها إلا أن هذا غير ممكن دائماً وخصوصاً إذا لم يوجد سجل تاريخى للناحية الطبية . ومرجع ذلك هو أن أى خلل فى أجهزة إدراك الصوت سيوصف على أساس تخمينى ، لأن من هذه الأجهزة أجزاء داخلية وعميقة لا يمكن رؤيتها — هذا إلى أن تجاوب الأطفال لمختلف المقاييس والاختبارات الخاصة بالصوت غير مؤكدة ولا يعتمد عليها فضلا عن أن اختبارات التجاوب التى تخضع لظروف شرطية خاصة تأثر إلى حد ما باستعداد الشخص وكفاءته وقابليته على التعاون ، وفى حالات كثيرة تكون فكرة الممتحن أو المختبر هى أقصى ما يمكن الحصول عليه من نتائج هذه الاختبارات ، وتزداد قيمة هذه الفكرة كلما زادت خبرة الممتحن .

وليس من الغريب استدعاء مختلف الإخصائيين لحضور هذه الاختبارات فنهم أخصائيو النطق والكلام وعلماء النفس والأعصاب وغيرهم وذلك بغية الحصول على أفكار وملاحظات مفيدة فى التشخيص . فتغير صوت الطفل

— أو رد الفعل عند حصول أصوات أو أوامر مفاجئة — وما قد يتفوه به الطفل من تعبيرات منفردة تقليداً لغيره — وترنمه بلحن ما مع أنه لم يتحدث بكلمة واحدة فى حياته — وسلوكه العام أو قدرته العقلية — كل هذه ربما توفر أو تهيئ علامات وظواهر على التشخيص الصحيح ، فمثلا ربما ظهر عند فحص العقل أن هناك خلل فى أعصاب المخ لم يكن متوقعاً . وفى النهاية تجمع ملاحظات المختصين فى الحالات المشكوك فيها وتفحص وتمحص حتى يمكن الوصول إلى تشخيص صحيح .

وهناك ظروف أخرى تساعد ظهور الصمم فى الأطفال الصغار وهى عبارة عن واحد أو أكثر من العوامل الآتية : — الضعف العقلى — الاضطرابات الانفعالية — خلل فى أعصاب المخ — الأفازيا aphasia وهو مرض يؤدى إلى فقد القدرة على التعبير الحركى والحسى ، وليس من الغريب أن نجد أطفالا مصابين بالأمراض السابقة فى مدارس خاصة بالصم على حين نجد أطفالا صما قد وضعوا فى مؤسسات خاصة بضعاف العقول .

وفى حالة الأطفال الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلمهم الكلام والتفاهم لا يكون التشخيص بمثل هذا التعقيد إذ يمكن للطفل أن يصف علته وأن يتعاون فى إجراءات قياس سمعه — وفى البداية يكون تقدير مدى فقد السمع غير دقيق نتيجة لاضطراب الطفل العاطفى بسبب المفاجأة الجديدة بسبب فقد سمعه فغالباً ما يتخيل مثل هذا الطفل أنه لا يسمع على الإطلاق ، ويرجع ذلك إلى عدم تعوده وانعدام محاولته لتسمع الأصوات الضعيفة ، بينما يدعى طفل آخر أنه يسمع جيداً ومن ثم يتجاوب مع أى شىء وإلى كل شىء وذلك لكى يثبت صحة ادعائه — غير أن هذه التخيلات تتلاشى فى وقت ما وعندئذ يمكن قياس السمع بدقة تامة — ويمكن كذلك تقرير الطريقة المثلى لتعليم طفل ما وعلى ذلك يعامل كأصم أو كذى سمع ثقيل — وبصرف النظر عن الصعوبات الكثيرة فى هذه الناحية فإن تشخيص حالة طفل يبدو أنه أصم لهى من الأهمية والخطورة

بمكان حيث أنها تقرر في مرحلة مبكرة من حياته إذا ما كان أصماً أو ثقيل السمع أو مصاب بعاهة أخرى من نوع آخر أو أنه طفل سليم عادى لكن لديه مشاكل عاطفية خاصة .

عالم الصم

إن مختلف التوضيحات والمعانى والإحصاءات الخاصة بالصم ليست كافية لتقريب القارئ من تفهم عالم الصم ، ولهذا نعرض تعريفاً عاماً لهذا العالم على أمل أن يبرز الناحية النفسية بشكل واقعى مفهوم . لنتخيل أن طفلا ولد أصم فى بيئة تتوفر فيها الراحة الجسمانية والأنغام العاطفية فماذا يكون موقفه ؟ إن عالم هذا الطفل سيكون خلواً من صوت أمه المدلل أو من أى أصوات تحمله على النوم وكذلك من أصداء الضحك أو عواء القطط أو نباح الكلاب أو تغريد الطيور أو أصوات ضجيج اللعب . كما أنه سيكون خلواً من صوت تصفيق الأيدى أو وقع الأقدام الذى ينبئه أنه محبوب وليس وحيداً ، ستضيع فرحته فى عالمه الساكن كما ضاعت حرارة العطف والحنان التى هى من مميزات البيئة الحقة . وفى الواقع سيكون عالمه غريباً بارداً قاحلا من أى معنى لأى صوت يدفعه للشعور أو لتفهم ما يراه . وحينما يكبر هذا الطفل يحملق فيما حوله متسائلا عن هذه المناظر الساكنة التى تبدو أمامه ، وفيما عدا ما تعود عليه من أشياء ألفها سيظل كل شىء أمامه غامضاً حيث أنه حرم من القدرة على السؤال ، وأحياناً ما يعتريه شعور طاغ من الخوف والتذمر لكن بدون جدوى لأن حائط السكون لا يزال مطبقاً حوله — وبناء عليه فإن الغريزة الاجتماعية عند الطفل الذى يسمع والذى يستطيع أن يميز صوت أمه تتخذ لها اتجاهاً خاصاً فى تطورها يختلف عنه فى حالة الطفل الأصم . وغالباً ما تكون البيئة العادية مصدر حيرة أكبر لهذا الطفل بسبب مختلف نواحى النشاط التى يقوم بها أفرادها من ذوى

السمع السليم — فهذا الطفل يجد نفسه فى حيرة وفى حالة من الغضب نتيجة لعدم قدرة من حوله على فهمه ، وكذلك نتيجة لعجزه عن التفاهم معهم .

وهناك أنواع متفاوتة من الشعور المبدئى للأبوين اللذين رزقا بأطفال صم — فهناك مثلا — الذعر ، الشعور بالجرم ، والخجل ، الشعور باليأس ، الرفض والإعراض ، وفى حالات كثيرة الحماية المبالغ فيها للطفل — لكن حينما يتكيف الآباء مع الحالة يكونون قد حققوا نصف النصر فى هذه المعركة ، غير أنهم فى حالات لا حصر لها ، يصرون على تحويل الطفل من أصم إلى سامع بواسطة التجائهم اليائس إلى أطباء كثيرين ، فإذا ما أخفقوا فى هذا المضمار لجأوا إلى تطبيق واستخدام الوسائل والأساليب الموجودة فى محيط التعليم الخاص بالصم سواء كان الطفل مستعداً أو لم يكن . وهناك أيضاً هؤلاء الأطفال الذين لا يحصلون على أى عناية من آبائهم الذين يتركونهم للمدرسة تتولاهم حسبما اتفق وكيفما ترى .

وعوامل الشد والجذب والذعر السابقة من جانب الآباء تسبب مزيداً من التعقيد فى عالم الصم ، كما تهدد قدرة الطفل على موازنة شخصيته فى هذا العالم وحتى فى الحالات التى ينظر إلى الشخص فيها كوحدة واحدة ، فإن الحسرة من عدم القدرة على التفاهم ربما تشوه السنوات البنائية والتكوينية فى حياة الشخص الأصم .

إن لغة التفاهم هى أهم عوائق الأصم ، على حين أن التعليم هو منقذه ، لكن وسائل التعليم الخاصة لا تستطيع النفاذ خلال جدران السكون والصمت بسرعة كافية حتى تتيح للشخص قدرة عادية للتطور ، ولهذا يحصل تأخر كبير فى هذا التطور نتيجة لبطء تعلم اللغة ، حيث أنه لا يمكن تعليم الأصم تعبيرات جديدة إلا إذا كان قد تمكن من التعبيرات القديمة التى تعلمها — فليس هناك اختيار فى التعبيرات ولا بد من تخصيص العموميات كما يتحتم الإشارة إلى الصلات والعلاقات ، وعلى هذا لا بد لنواح كاملة من التعليم أن تنتظر

حتى يكون التلميذ قد تمكن من اللغة بقدر كاف وتعلم منها ألفاظاً وافية . وعندئذ يعتمد كلية على معلمه فى تفكيره اللغوى وربما اتجه تفكيره إلى نواح كثيرة لكن يندر أن يتمكن من التعبير عنها بدون مساعدة أساتذته ، وفى حالات كثيرة ينمو هذا الاعتماد الفكرى الاضطرارى ويصبح عادة تلازم الأصم طول حياته .

وحينما يتم تعليم الكلام بهذه الطريقة المدهشة لا بد للتلميذ الأصم أن يتذكر خواص الصوت والتنفس وكذلك العلاقة الصحيحة بين الفم والأسنان والشفتين وذلك فى حالة كل كلمة تعلمها — وعليه عند قراءة حركة الشفتين أن يميز الكلمات والأفكار عند خروجها من شفتى المتكلم وذلك بترجمة الصلة بين حركات الفم والأسنان والشفتين وعليه بعد ذلك أن يخرج منها بمعنى مفهوم . ومن هذا يتضح سبب التأخر فى الكفاءة العقلية والتقدم الدراسى خلال مراحل حياة شخص عادى أصم . ويلاحظ أيضاً أن التطور العاطفى للأصم يتأثر كثيراً بعوائق الفهم إذ أن اللغة وتمييز الأصوات يلعبان دوراً هاماً فى التطور العاطفى ، فنى أى موقف لا يمكن أن يقوم أى تجاوب عاطفى إلا إذا كان هناك إدراك ذهنى لهذا الموقف — واللغة هى مفتاح هذا الإدراك الذهنى — وعلى ذلك لا بد للأصم أن يحصل على إدراك ذهنى كاف لكى يفهم ويتذوق مضمون ومغزى الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية والقيم والعلاقات والعادات الاجتماعية البدائية ، ولهذا يستحيل على الأصم أن يتفهم روح الدعابة والنكتة التى يعبر عنها بواسطة التعبيرات الصوتية الملتوية ونغماتها .

تلك هى العوامل النفسية والظروف التى تحيط بالأصم . فإدراكه الذهنى ونموه العاطفى وتطوره الاجتماعى كلها مرتبطة بعاهته . ويمكن باستخدام وسائل التعليم الخاصة مساعدة الأصم على تنمية إدراكه الذهنى والعاطفى وعلى الاتصال الاجتماعى بالعالم الذى حوله ، وبرهان نجاح ذلك ملاحظ فى مظاهر سلوك الصم الذين بلغوا مرحلة الرجولة .

شخصية الأصم

ما زالت الدراسات المعنية بشخصية الصم فى بدايتها ولم يبتكر سوى اختبار واحد حتى الآن لقياس شخصية الصم وحتى هذا الاختبار ما زال للأسف مدى استعماله محدوداً — وبسبب هذا الاختيار المحدود فى المقاييس اقتصرت الأبحاث المتعلقة بشخصية الصم على الاختبارات التى عملت لاستخدامها على من يسمعون ، على أن استعمال الاختبارات الأخيرة قد أثارت مختلف الآراء المتعارضة ، فهناك من ينادى أنه بما أن الصم يعيشون فى عالم كثرته من السامعين فيجب اختبارهم وقياس شخصياتهم بالاختبارات الخاصة بمن يسمعون . وهناك فريق آخر يعترضون على الافتراض الجائر أن بعض السمات المرتبطة بسلوك الفرد وبتكيفه والتى تنبئ بالنمو الطبيعى بين من يسمعون هى نفس السمات التى تظهر فى حالة الصم .

وقياس الشخصية عملية معقدة جداً سواء أكان ذلك خاصاً بالصم أو من يسمعون ، حيث أن الشخصية عبارة عن تنظيم كلى لمجموعة كبيرة من العوامل أو القوى الديناميكية والتى يصعب قياسها أو تحديدها بواسطة اختبار واحد ، ولهذا فإن معظم ما اصطلح عليه باختبارات الشخصية يقتصر فى الواقع على قياس بعض مكوناتها فقط مثل الحالة المزاجية ، أو بعض المظاهر الخاصة التى تدل على انبساط أو انطواء أو سمات خلقية نوعية . . . إلخ . تلك هى الحال فيما يختص بالدراسات المقننة لشخصية العاديين والصم أيضاً .

وبناء عليه فالملخصات الآتية لمختلف الأبحاث التى عملت فى الخارج عن شخصية الصم تعبر بصفة خاصة عن نواحى " مختارة " للشخصية . وفيما عدا البحث الذى قام به برنشوج Brunschwig فقد استعمل فى جميع الأبحاث الأخرى اختبارات عملت خصيصاً لمن يسمعون — وقد ذكرت خلاصة

مختصرة لكل حالة وهى تشير إلى فئة الأشخاص الذين كانوا موضع تجارب البحث ولا تعنى التعميم مطلقاً فيا يختص بجمهرة الصم .

(١) أبحاث فى النواحى المزاجية :

ــ وجد ليون[١] Lyon أن النسبة المئوية للأشخاص الصم الذين يوصفوا بعدم الاتزان العاطفى أو الذين يحتاجون إلى علاج نفسى تزيد عن ضعف النسبة من بين الطلبة الجدد بالجامعة من نفس السن .

ــ وجدت أبحاث بنتر وفسفلد وبرنشوج[٢] Pintner, Fusfeld & Brunschwig أن حالة عدم الاتزان بين الصم أكثر قليلا منها بين زملائهم العاديين ، والصم أكثر انطواء على أنفسهم ولكن بدرجة قليلة أيضاً كما أنهم أقل حباً للسيطرة ممن يسمعون .

ــ أما أبحاث سبرنجر وروسلو[٣] Springer & Roslow والتى قورن فيها الأطفال الصم بالأطفال العاديين من حيث الاتجاهات العصابية ، فاتضح أن درجات الأطفال الصم كانت أعلى قليلا من درجات المجموعة المقارنة .

(٢) أبحاث خاصة بالتكيف العام .

ــ قام برنشوج بمقارنات للنتائج التى حصل عليها الصم ومن يسمعون وكلها أظهرت أن الصم حصلوا فى المتوسط على درجات للتكيف أقل ممن يسمعون

---

(١) Lyon, V.W.: "Personality Tests with the Deaf." Am. Annals of the Deaf, 79 : 1-4, 1934.

(٢) Pintner, Fusfeld & Brunschwig : Personality Tests of the Deaf Adults. "J. Genetic Psy., 51, 1937".

(٣) Springer N.N. & Roslow, S.: "A Further Study of the Psychoneurotic Responses of the Deaf & Hearing children. J.E.P., 29, 1938.

وكانت الفروق ملحوظة ولها دلالة إحصائية فى ست حالات من اثنى عشرة حالة .

وبينت أبحاث كيرك Kirk وجود احتمالات كبيرة للمشاكل بين الصم منها بين الأطفال العاديين ممن يسمعون — وقد أكدت الأبحاث التى قام بها كل من Burchard & Myklebust هذه النتيجة .

— أما سبرنجر Springer فلم يجد أى فرق يذكر بين الصم ومن يسمعون — وهذا بالرغم من أنه استعمل نفس الاختبارات والمقاييس التى استعملت فى البحثين السابقين .

(٣) أبحاث عن النضج الاجتماعى Social Maturity

— أظهرت أبحاث برادواى [1] Bradway أن النضج الاجتماعى للصم أقل ممن يسمعون بنسبة ٢٠٪ وذلك فى جميع فئات الأعمار التى عملت عليها الأبحاث

— وقد أكدت أبحاث أخرى كثيرة نفس هذه النتائج .

— أما أبحاث كيرك Kirk فقد بينت أن النضج الاجتماعى للصم عادى بمقارنته بالنضج الاجتماعى لمن يسمعون ، وذلك بالرغم من أنهم استعملوا نفس الاختبارات التى استعملت فى البحثين السابقين .

ويبدو من الأبحاث المتقدمة أن الصم أقل تكيفاً ممن يسمعون سواء أكان ذلك بين الأطفال أم الكبار ، أما درجة عدم التكيف فتختلف من بحث إلى آخر ولا يمكن الجزم بصحة هذه الاستنتاجات ، حيث إن الاختبارات التى استعملت فى الأبحاث المتعلقة بها ما زالت مثار بحث وجدل ، كما أن هذه الاختبارات ما زالت بعيدة عن أن تدلنا بصفة قاطعة على الخصال والعوامل

---

(١) Bradway, K.P.: "The Social Competence of Deaf Children". Am. Annals of the Deaf, 82, 1937.

التى تكوّن الشخصية العادية للأصم أو عما إذا كانت هناك بالتأكيد شخصية ذات طابع خاص للأصم .

وهناك أبحاث أخرى عن الصم استعملت فيها أساليب مختلفة ، وأحد هذه الأبحاث قامت بها ليفين مستعملة اختبار بقع الحبر لرورشاخ Rorschsch وقد بينت النتائج العامة وجود شخصية قائمة بذاتها متشابهة مع الشخصية التى تتميز بها المجموعة كوحدة واحدة وهى غير مألوفة أو متوقعة فى العادة بين نظرائهم ممن يسمعون . وقد تميز الصم بالصلابة والانقباض وعدم النضج العاطفى — وكانت هذه هى النقط الأساسية التى تتميز بها مجموعة الصم التى أجريت عليها التجارب كوحدة .

وإن مثل هذه المميزات إذا لوحظت على شخص عادى فإنه يعتبر من الشواذ ولكن يضاف هنا أن مجموعة من الإخصائيين (من الصم وممن يسمعون) ممن يعرفون الأشخاص موضع الدراسة لعدد كبير من السنين قررت أن تكيفهم الاجتماعى « عادى » ، فهل من الإنصاف إذن أن نعتبر هذه الظواهر الخاصة بمثل هذه المجموعة ظواهر شاذة وغير عادية بسبب أنها تختلف عما هو معهود فى مجموعة مماثلة لها ممن يسمعون ؟ .

إن ذلك لن يكون من الإنصاف فى شىء — ويستحسن لغرض التسمية استعمال تعبير « تأخر النمو » حيث سيؤدى معنى أدق من « عدم النضج » — فعدم النضج العاطفى أصبح يرتبط بحالة العصاب بينما تأخر النمو يوحى بأن النقص الأساسى ينحصر فى محيط التعليم — وعليه فإن تأخر النمو خاصية متوقعة نتيجة لقلة فرص التعليم للصم ، ومن ثم لا يعتبر انحرافاً عن العادى ، وقبل أن نقرر أو نعرّف الانحراف بين الصم ، يجب أولا أن نحدد من هو العادى أو الطبيعى بين فئات الصم فى مختلف الأعمار .

أوضح البحث القائم على اختبار رورشاخ أن تأخر النمو فى مدارك وانفعالات الصم يعتبر شيئاً عادياً تتميز به فئة معينة — وبالرغم من مساوئ ذلك ، فإن له

وظيفة هامة وهى حماية « الأنا » من آثار سيول جارفة من الشد والجذب والحسرة ومختلف الأعباء التى ينتجها الصمم . فإذا ما اختلف الصم عمن يسمعون فى هذا المضمار فهذا بسبب أنه يتعين على الصم سلوك طريق متعرج طويل صعب لتحقيق مآربهم . ولهذا يمكن استعمال تعبير غير العادى أو الشذوذ ليعبر عما تقدم وليس عن نوع الشخصية الذى ساعد هذه المجموعة على أن تتغلب بنجاح على المشاكل والعوائق الناتجة عن الصمم . ومن المعروف مع ذلك أن تكوين الشخصية بهذه الكيفية يعتبر أداة ضعيفة للتغلب على مشاكل الحياة المستقبلة بطريقة استقلالية ترضينا ، أما عن كيفية تقويتها وتنميتها فهذه مشكلة للبحث .

الذكاء والتقدم التعليمى

لا يحسبن أحد أن العوامل المختلفة مثل الذكاء ، والتقدم التعليمى والتكيف العاطفى هى عوامل تؤدى وظيفتها منفرده فى التأثير على سلوك الإنسان ، وذلك استنتاجاً من أن الاختبارات السيكولوجية الخاصة بكل منها تؤدى على حدة — إن هذه الاختبارات تؤدى على حدة لأغراض السهولة فقط ، غير أن العوامل السابقة تؤدى مهمتها مجتمعة وتتفاعل بعضها مع بعض بشكل ظاهر ملحوظ وبالأخص فى حالات الصم . وينجلى ذلك بالنسبة للعلاقة بين الذكاء والقدرة على التقدم التعليمى .

وليس هناك من سبب يدعو إلى الاعتقاد أن الاستعدادات العقلية فى الصم كانت أقل فى الماضى عما هى فى الوقت الحاضر — غير أنها ، فى الماضى كانت محرومة إلى حد كبير من التنمية بسبب انعدام الفرص التعليمية وحسب ما ذكره البعض أن الشخص الأصم — الأبكم الذى لم يتعلم لغة التفاهم سواء بالإشارة

بأصابعه أو بالقراءة ، لا يستطيع أن يستمر فى بناء وتسلسل أفكاره بتعقل أكثر مما يستطيع شخص متوحش (وستتبين من سؤال شخص أصم — أبكم فى سن الكبر وتعلم لغة التفاهم ، أنه لم يخطر بباله أى سلسلة من الأفكار المنطقية قبل أن يتعلم) .

وحينما أصبح تعليم الصم حقيقة شائعة ومقبولة اتضح أن هناك فروقاً فى مستويات الذكاء مما أثار مختلف الصعوبات فى تعليمهم ، فضلا عن الفروق فى مستوى ذكائهم عند تخرجهم من مدارسهم إذا ما قورنوا بمستوى من يسمعون من أفراد المجتمع الذين سيندمجون فيه — وقد حاول بنتر وباترسون Pintner & Patterson فى سنة ١٩١٥ الإجابة عن ذلك باستخدام اختبار بينيه سيمون للذكاء. The Goddard Revision of the Binet-Simon Intelligence Scale. ولكن بما أن هذا الاختبار خاص بمن يسمعون وكان يعتمد على السؤال والإجابة الشفهية فإنه كان غير مناسب للصم الذين يجهلون أسئلة الاختبار أو تخيل مواقفه الصعبة ، وعلى هذا استنتج الباحثان (بشكل خاطئ) أن اختبارات الذكاء الشفوية عموماً لا يمكن استخدامها للصم .

ومنذ ذلك الوقت أجريت جميع الأبحاث على ذكاء الصم بواسطة اختبارات عملية Performance tests واختبارات أخرى غير لفظية،ومع ذلك كانت النتائج متناقضة — فقد قرر عدد كبير من الباحثين ومنهم بنتز وباترسون وليون وغيرهم أن مستوى ذكاء الصم يقل عن مستوى ذكاء من يسمعون بحوالى عشرة إلى خمس عشرة نقطة على حين أنه لم يظهر أى فرق من الأبحاث التى أجراها فريق آخر من الباحثين ومنهم كولنز ودريفر ، وسبرنجر ، وجود انف وغيرهم . على أنه فى بعض الحالات تتناقض النتائج حتى فى استعمال نفس نوع الاختبار .

وبما أن الأبحاث التى أجريت حتى الآن مركزة فى قياس مدى الذكاء الحسى لا المعنوى ، فإن مجال البحث فى الأخير ما زال بكرا ولهذا بذلت

(إدنا ليفين) محاولات فى تفهمه واختباره واختارت كذلك ما اعتقدت أنه أنسب الاختبارات وهو اختبار وكسلر بللفيو . Wechsler-Bellevue Scale

وكانت النتائج العامة أن لمن يسمعون تفوق ملحوظ على الصم فى محيط الذكاء (المعنوى) وأنه ليس هناك فرق بينهم فى الذكاء العملى . وبالنظر إلى نتائج جميع هذه الأبحاث نجد على أسوأ تقدير أنه لا فرق كبير فى ناحية الذكاء بين الصم كمجموعة وبين من يسمعون من الأشخاص العاديين ، وعلى أحسن تقدير فإنهم يقعون فى نفس المستوى ، على أنه يحسن عمل أبحاث جديدة لتبيان نواحى ومدى التفكير والذكاء بين الصم بطريقة أوضح .

أما من ناحية التقدم التعليمى للصم فقد بينت جميع الأبحاث أنهم متأخرون فى هذا المضمار بشكل كبير وبمتوسط ثلاث سنوات إلى أربع سنوات ، على أن هذا الفرق يتضاءل قليلا بالنسبة للحالات المختارة من الصم فى المدارس النهارية وكذلك بالنسبة لمن أصيبوا بالصم بعد سن ست سنوات ويرجع ذلك إلى بطء تعلم الصم للغة التفاهم مما يتعذر معه أن يحصلوا على نفس المقدار العلمى الذى يحصل عليه التلميذ العادى — ونتيجة لذلك ، ليس هناك فرق كبير بين التقدم التعليمى للاثنين فحسب ، بل هناك فرق بين القدرات العقلية الفعلية للأصم ومقدار تحصيله الدراسى ومع ذلك يحتمل أن تتضاءل هذه الفروق وتقل بالاستمرار والمداومة على تعليم الصم بعد ترك مدراسهم .

الفروق الفردية بين الصم

إن فئة الصم هى فئة غير متجانسة يختلف أفرادها كثيراً بعضهم عن بعض كما هو الحال فى فئات الذين يسمعون ، بل ربما كانت الفروق فى فئة الصم درجتها أكبر — فمن أول وهلة نلاحظ أن الفروق الخاصة بمن يسمعون موجودة

فى الصم ومنها — العوامل الصحية وكذلك العاهات الجسمية ، المواهب العقلية والكفاءات الخاصة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، الآثار العامة للمنزل وكذلك الفرص الموجودة لتقدم الشخص — غير أن هناك أسباباً أخرى لعدم التجانس بين الصم ، وما يتضمنه ذلك من فوارق نفسية — تعليمية ، وتشمل هذه الأسباب .

(١) السن عند حصول الصمم ومدى الخبرات السماعية السابقة له .

(٢) مدى فقدان السمع .

(٣) السن عند بدء الالتحاق بالمدرسة .

(٤) أنواع المدارس التى التحق بها الأصم ووسائل التعليم المستخدمة بها .

(٥) مدى المواظبة على الدراسة ومدى ونوع التدريب المهنى الذى حصل عليه الأصم .

(٦) أنواع وسائل التفاهم التى استخدمت مع الآخرين من الصم وكذلك مع من يسمعون .

(٧) جدوى اتصالات التفاهم بين الأصم وبين عالمه بما فى ذلك أفراد أسرته .

(٨) وجود أفراد آخرين مصابين بالصمم فى أسرته .

(٩) نوع وعدد الفرص الاجتماعية الموجودة .

(١٠) شعور الأسرة العاطفى نحو الأصم وأثر ذلك عليه .

وبما أن كثيراً من هذه العوامل تتصل عادة بتعليم الأصم فإننا سنناقش تفصيلا بعض النواحى الخاصة بهذه العوامل لتبيان علاقتها بعدم التجانس بين طائفة الصم . وبسبب صغره فإن محيط الصم يعتبر فريداً فى عدم تناسقه بالنسبة إلى مختلف أساليب التعليم المستعملة — وتتركز المناقشة حول (١) أنسب أنواع المدارس التى تنى بحاجات الطفل الأصم (٢) أنسب وسيلة للتعليم . وثمة خلاف بين من يرون أن المدرسة الداخلية هى الأحسن وفاء للحاجات الفريدة

اللازمة للطفل الأصم من الناحية التعليمية والاجتماعية وبين هؤلاء الذين يرون أن أنسب مكان للأطفال بما فيهم الصم هو بين الأسرة حيث أن المدارس الداخلية مصدر خطر كبير عليهم .

والوسائل التعليمية المستخدمة للصم هي :

(١) الطريقة الشفهية والأساس فيها هو الكلام وقراءته أى قراءة حركة الشفتين .

(٢) طريقة تعليم الحروف الهجائية يدوياً والأساس فيها هو تعليم الكتابة وهجاء الجمل .

(٣) الطريقة اليدوية وفيها يتعلم الطالب اللغة الرمزية للتعبير عن أفكاره بدون الالتجاء إلى تحريك الجسم أو عمل إشارات والتعبير الشفهى ، وهذا بالإضافة إلى تعلمه الحروف الهجائية اليدوية .

(٤) الطريقة الأذنية . (لبعض الحالات فقط) وتعمل على تنمية سمع الطالب لأقصى درجة ممكنة بواسطة التمرين ، ويعتمد التعليم فيها على الكلام والسمع والكتابة .

(٥) الطريقة المختلطة . ولا يتبع فيها طريقة خاصة بذاتها بل تستخدم أى طريقة أكثر تناسباً مع احتياجات الطالب .

وسبب آخر لعدم التناسق بين الصم هو السن الذى بدأ فيه الالتحاق بالمدرسة ومدة المواظبة على الدراسة — ويتوقف هذان العاملان المتغيران جزئياً على جدوى قوانين التعليم الإجبارية الخاصة بالصم فى كل دولة ، وكذلك على رغبة الأسرة ، وعلى ميل الطالب إلى الدراسة فضلا عن أن سن ترك المدرسة متغير كذلك ، ولذلك نجد بين الصم من يلتحق بالمدرسة فى سن الحضانة ومنهم من يلتحق فى مرحلة الطفولة المتأخرة أى سن ٨ أو ١٠ أو ١٢ سنة كما أن هناك من يلتحقون فى سن الرجولة وبينهم أيضاً من لا يلتحقون بالمدرسة إطلاقاً ، وهناك من يستمرون فى الدراسة إلى آخر مراحلها

لمدة ١٢ سنة تقريباً ومن يستمرون لمدة سنتين فقط أو لمدة سنة أو ما يقرب منها للحصول على بعض التدريب المهنى ، وكما أن هناك نسبة ضيئلة تستمر فى التعليم حتى مرحلة الجامعة والمعاهد العليا .

وبدراسة أثر هذه العوامل المتغيرة على تناسق طائفة الصم الكبار نجد أن أن هذه الطائفة تتكون من :

– من يتكلمون ويقرءون حركة الشفاة .
– من يتكلمون ولا يستطيعون قراءة حركة الشفتين .
– من يقرءون حركة الشفتين لكنهم لا يستطيعون الكلام بطلاقة .
– من لا يستطيعون الكلام أو قراءة حركة الشفتين .

زد على هذا أن هناك صما يتحدثون بالإشارة أو بواسطة الهجاء على الأصابع ، ثم هناك الذين بلغوا درجة ممتازة فى اللغة ، وهؤلاء الذين لم يحصلوا على معلومات لغوية كافية تهيئ لهم قراءة أبسط الكتب أو تكوين أسهل الجمل . وهناك كذلك بعض الصم الذين اقتصرت صلتهم بأسرهم خلال فترة دراستهم على زيارات آخر الأسبوع أو أيام العطلة المدرسية وهناك آخرون كانت صلتهم بأسرهم متقاربة ووطيدة — وهناك آخرون انعدمت صلتهم بأى صم آخرين نتيجة لضغط الأسرة أو انعدام الظروف المناسبة أو باختيارهم ، كما أن هناك من لديهم تجارب كافية فى الحياة الاجتماعية مع الصم ومع من يسمعون . وهناك من لا يستطيعون التفاهم المجدى مع أفراد أسرهم وآخرون لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم من الصم — ثم إن هناك المصاب باضطراب عاطفى وذو العواطف الطبيعية ، وهناك صم حذقوا جميع أنواع التفاهم وآخرون لا يحذقون شيئاً من هذه الطرق . وفيما بين هذه المفارقات توجد كثير من الكفاءات ودرجات المهارة متحدة مع بعضها تحير مشاهديها بل تحير أحياناً كثيرا من الأخصائيين فى تأهيل الصم أنفسهم .

وحالة عدم التجانس هذه بين جمهور الصم تجعل تأهيلهم يتخذ الطابع

الفردى بشكل ملحوظ — إذ يجرى تحليل وتقدير كل حالة على ضوء العوامل المتغيرة الخاصة بها وآثار هذه العوامل التى تنعكس على الرجل الأصم (بحالته النهائية) — وعن طريق تفهم العلاقة بين هذه المؤثرات وبين احتياجات الأصم واستعداداته وكفاءاته وخبراته، يمكن تقدير عاهته تقديراً صحيحاً ورسم الوسائل اللازمة لتأهيله بشكل فعال .

أبحاث سيكولوجية

هناك نقط كثيرة خاصة بالصم كانت مثار البحث والتساؤل منها مثلا :

— ما هى آثار هذا النوع غير العادى من الحرمان على النمو العقلى للصم وعلى قدرتهم على التفكير والتعليم وكذلك على تكيفهم الاجتماعى ؟

— هل هناك أى فرق بين « سيكولوجية » الأصم ومن يسمع ؟ .

— وهل هناك سمات خاصة تتميز بها شخصية الأصم وتؤثر على سلوكه ؟

— ما مدى تعويض التعليم للنقص النفسى — الاجتماعى المترتب على الصمم ؟

— ما مركز الصم فى المجتمع ؟

إلى غير ذلك من الأسئلة التى اختلفت عليها الردود .

آراء الفقهاء : — إن المحاولات الأولى التى قام بها الفلاسفة والعلماء ومعلمى الصم للإجابة على الأسئلة السابقة كانت مبنية على ملاحظاتهم وتجاربهم واستنتاجاتهم الشخصية، وكان كل منهم يلاحظ ظاهرة الصمم من زاوية تختلف عن الزاوية التى يستعملها زميل آخر له لدراسة نفس الظاهرة ، وكانت نتيجة ذلك أن تباينت أفكارهم واختلفت كثيراً ، وإلى الآن لم يطرأ على هذا الموقف سوى تقدم طفيف . وقد تعرضنا ضمن ما سبق للأفكار المتباينة المتعلقة بمختلف أنواع المدارس الخاصة بالصم كما تعرضنا كذلك لأساليب

تعليمهم — وسنسرد فيما يلي نماذج متناقضة لآراء بعض الفقهاء عن النواحي السيكولوجية للصم والتي أوردها برنشوج[1] »

(١) أفكار متناقضة عن النواحي المزاجية : « والاعتقاد السائد في الغالب هو أن الصم — البكم أميل إلى الشر بطبيعتهم أكثر ممن يسمعون ويقال إنهم حقودون وعنيدون متمردون لا يطاقون كما أنهم خبيثون سريعو الاستفزاز والغيظ وكثيرو الشك إلى غير ذلك »(Druschba, 1913) « إن الصم قوم طروبون يحبون الفرح والانشراح ويتأثرون بنفس العواطف التي يتأثر بها غيرهم من البشر ، ويتجاوبون بنفس النسبة مع إحساسات الحياة المختلفة ، كما أنهم ليسوا طائفة من المرضى والكسالى والبوهيميين كما هو شائع عنهم (Best, 1914)

(٢) آراء متناقضة عن الشخصية ومدى التكيف : « إن العيوب السمعية تسبب دائماً في أثر عكسي على تصرفات الفرد وما ينطوي وراءها من شخصية (Biffl & Freunthaller, 1929) « لقد لاحظت قلة نسبية في عدد حالات أمراض العقل بين الكبار — وهذا يوضح التوازن العقلي الممتاز الذي يتمتعون به ويحافظون عليه . (Wile, 1933)

(٣) آراء متناقضة عن النواحي الانفعالية : « يبدو أن هناك اتفاقاً عاماً على أن الأطفال الصم بلداءمترهلون ولاشعور عندهم إذا قورنوا بمن يسمعون من الأطفال العاديين » (National Research Council, 1929) « على العكس من آراء الذين يجهلون هذه الفئة من ذوي العاهات فإن الصم البكم مجموعة سعيدة مبتهجة — وفي رأيي أن ذلك يرجع إلى أن إصابة معظم الصم — البكم حصلت في مرحلة مبكرة بسبب أمراض الطفولة، ولهذا فإنهم لا يقدرون أهمية ما فقدوا » (Curtis 1931)

(٤) آراء متناقضة عن العلاقات الخارجية : « يشعر الصم حينما يكونون

---

(١) Brunschwig, L.: "A Study of Some Personality Aspects of the Deaf Children". Contribs to Ed. No. 687, N.Y., T.C., Colum, 1936.

بين من يسمعون – أنهم فى غير مكانهم تماماً كما يشعر من يسمعون وهم بين الصم وربما كان الصم فى معزل أكثر من العميان » (Kaercher, 1933)

« ليس الصم بطبقة تعيش فى معزل عن العالم – فهم يعملون جنباً إلى جنب مع من يسمعون من الأشخاص العاديين من الرجال أو النساء فى المكاتب والحوانيت والمصانع ، كما أن لهم أصدقاء حميمين بينهم .» (Smith et al, 1929)

(٥) آراء متناقضة عن الفرق بين سيكولوجية الأصم والشخص الذى يسمع « إن القول أن الأصم شخص غير عادى لا يحتاج إلى برهان أو دليل ، فانحرافاته عن المعتاد تلاحظ فى جسمه وفى عقله وفى عواطفه كذلك (Lowry, 1912)

« إن التفكير وطرق الاستنتاج عند الصم وكذلك أساليب تعبيرهم هى نفس الطرق والأساليب الخاصة بمن يسمعون » (Gallandet, 1910)

وإننا نجد فى ثنايا هذه الآراء المتناقضة اتفاق على إمكان تعليم الصم وذلك بالرغم من وجود اختلاف فى الطريقة وكذلك نجد اتفاقاً على تأخر التعليم نتيجة لحالة الصمم .

الاختبارات السيكولوجية : إن أحد الأغراض الهامة للاختبارات السيكولوجية المقننة هو التخلص من الاعتبارات الذاتية والتحيز الفردى عند تقدير مختلف نواحى السلوك ، وعلى ذلك استخدمت هذه المقاييس فى ميدان الصم على أمل أنها الوسيلة التى ستقلل الفروق بين مختلف الآراء المتناقضة ، إلا أن ذلك لم يتم حيث أن الاختبارات السيكولوجية نفسها لم تبرهن على كمال أدائها إزاء المشاكل المعقدة المتعلقة بالصم – ويلاحظ أن تعميم الإجراءات لم يطبق إلا حديثاً نسبياً فى محيط الصم وأن الأبحاث التى عملت والتى ذكرنا بعضاً منها كانت فى معظم الحالات دراسات أولية فى هذه المنطقة السيكولوجية المجهولة – ويلزم للقيام بمزيد من الأبحاث فى هذا المضمار .

المراجع

1. Berry, G.: "*Deafness in the United States*". The Volta Review Vol. 40, No. 2, 1938.
2. Best. H.: *Deafness & the Deaf in the U.S.*, N.Y., 1943.
3. Levine, Edna Simon: Psycho-educational Study of Children Born Deaf. "Am. J. of Diseases. Vo.l 81, 1951.
4. Lyon, V.W.: *Personality Tests with the Deaf.*" Am. Annals of the Deaf, 79, 1934.
5. Pintner, Fusfeld & Brunschwig: "*Personality Tests of Deaf Adults.*" J. Genetic Psy., 51, 1937.
6. Springer N.N. & Roslow, S.: *A. Further Study of the Psychoneurotic Responses of the Deaf and Hearing Children*". J.E.P., 29, 1938.
7. Bradway, K.P.: *The Social Competence of the Deaf Children.*" Am. Annals of the Deaf, 82, 1937.
8. Brunschwig, L.: *A Study of Some Personality Aspects of the Deaf Children.*" Contribs to Ed. No. 687, N.Y., T.C., 1936.

الفصل الرابع

سيكولوجية ثقيل السمع

مقدمة :

ثقيلو السمع ينتشرون بيننا بكثرة فى الوظائف وفى المصانع وفى المدارس . ولا نميزهم بسهولة ، فالواحد منهم يخفى حالته عمن حوله ، فلا يتم التفاهم على أحسن وجه ، ويترتب على ذلك مشاكل عدة فى كثير من الأحيان . وثقل السمع على درجات ، أى أن نسبة ما يتبقى لدى الشخص من القدرة على السمع تختلف من فرد إلى آخر .

ويبدو أن الاستعمالات الشائعة للفظ تختلف باختلاف السن — فمثلا عند ما يتراسل الآباء مع مدارس الصم طالبين نصائحهم التعليمية ، فإنهم يصفون أولادهم الصم على أنهم (ثقيلو السمع) ، وأنهم لا يتكلمون إلا أنهم يتجاوبون مع الأصوات البيئية العالية ذات الترديد المنخفض . فبالنسبة للآباء يسهل عليهم استعمال لفظ (ثقيلى السمع) أكثر من استعمال لفظ (الصم) .

وعند فقد السمع بشكل تدريجى فى الكبار ، وبالرغم من تمكن المريض من اللغة أو استعماله للأدوات السمعية المساعدة — جرت العادة على الإشارة إليهم بالصم — وحتى عند ما يخفق شخص يسمع بشكل عادى من تفهم عبارة أو معنى غالباً ما يوجه إليه الناس هذا السؤال التهكمى (ماذا دهاك) هل أنت أصم ؟ — والملاحظات السابقة تنصب على الأطفال والكبار ممن تعلموا اللغة والكلام بالطريق العادى ، أى بواسطة السمع ، حتى ولو كان فيه نقص — غير أنه يظهر عائق كبير إذا أخفقت أدوات السمع المساعدة فى تمكين الشخص من السمع بشكل مرض فى المواقف الاجتماعية العادية .

ولقد قام الأخصائيون فى المساعدات الصوتية والسمعية التابعون لمجلس الجمعية الطبية الأمريكية بعمل جدول يمكن بواسطته حساب النسبة المئوية لفقد السمع — ويقول ديفيز [١] .

إنه لا يمكن الحصول على نتائج مؤكدة لأى شىء معنوى ومعقد مثل النسبة المئوية لفقد السمع أو (الكفاية الاجتماعية) حيث إن القواعد ستظل اجتهادية ولن تنطبق تماماً على جميع الحالات — على أن مقياس الجمعية الطبية الأمريكية قد أعطى الأذن المصابة بدرجة خطيرة $\frac{١}{٧}$ الأهمية المعطاة لزميلتها الأذن السليمة وذلك فى الحالة التى لا يستخدم فيها الشخص أدوات سمعية مساعدة . وقد قدر سلفرمان Silverman عدد الأطفال المصابين بخلل سمعى فى مدارس الولايات المتحدة بمليون ونصف أو مليونين من الأطفال . ولهذا مغزى خطير حيث أنه يعنى أن ٥٪ من مجموع المواطنين الكبار فى المستقبل سيكونون من ذوى النقص السمعى ، وأن هذا النقص سيستلزم علاجهم بشكل أو بآخر .

ومن العسير تقدير عدد ثقيلى السمع الكبار ، حيث إن كثيرين منهم لا يسعون للعلاج ، غير أن أحد التقديرات أوضحت أن عددهم فى الولايات المتحدة حوالى خمسة ملايين كما أوضح تقدير آخر أن عددهم حوالى خمسة عشر مليوناً — ومما لا شك فيه أن هذا العدد الضخم يتبعه مشاكل كثيرة يجب الاهتمام بها .

---

(١) Davis, H.: Hearing & Deafness. Ch. 6, Murray Hill Books, N.Y. 1947.

اختبارات السمع

يحصل التعرف على ثقل سمع الطفل بواسطة والديه أو مدرسيه أو أصدقائه نتيجة لعدم انتباهه أو تجاوبه للأسئلة أو الأوامر ، ويجب حينئذ إحالته على الطبيب ، أو على أخصائى الأذن أو على عيادة الصم . ويمكن التعرف على فقد السمع عند عمل الاختبارات العادية للصحة العامة فى المدرسة ، ولكى يمكن التعرف بسرعة على فقد السمع يستعمل بعض الناس أساليب الكلام والهمس ، قرقعة العملة ، أو دقات الساعة — على أن أكثر الاختبارات شيوعاً هو مقياس الفونوغراف الفردى أو الجماعى — ويمكن بواسطته اختبار ما يزيد على أربعين طفلا فى وقت واحد باستعمال أربعين سماعة متوازية — فمثلا تسجل كلمات (الأعداد المكونة من رقمين) على اسطوانة مرات متلاحقة تقل الكثافة فى كل منها على سابقتها . ولكى يمكن اختبار الأطفال بهذه الطريقة تلزم معرفتهم كتابة الأعداد المكونة من رقمين على ورقة التسجيل . ويكون الدليل هو مدى ارتفاع الصوت الذى سمع به آخر مرة عددين من أربعة كل منها مكون من رقمين .

واختبار آخر هو استعمال طريقة تسمى الأصوات المتكررة ، وفيها يضبط قرص الكثافة بمقياس الصوت عند درجة فى محيط الأذن العادية ثم يتعرض الطفل بسرعة لسماع الأصوات المختلفة فى الارتفاع وذلك على فقرات كل منها تتكون من ثمانى درجات . فإذا ما ظهر نتيجة لهذا الاختبار أن الطفل أخفق فى تمييز نوعين من الأصوات أو إذا ظهر نتيجة لاختبار الفونوغراف أن الطفل فقد اثنتى عشرة درجة أو أكثر ، فيجب إحالته على أخصائى للأذن أو على عيادة الصم لعمل فحص دقيق — ويجب إخبار الوالدين بالنتيجة وبأنه يلزم عمل اختبارات أخرى لتأكيد هذه النتيجة ، وكذلك اقتراح العلاج اللازم .

ويمكن اختبار منسوب الكلام Threshold أو فقدان السمع وبالتالى الكلام بواسطة كلمات أو جمل — وليس اختبار الكلمات عند تكوين الاختبارات بالشيء السهل ، فقائمة منها تتكون مثلا من كلمات متشابهة (ككلمات تتكون كل منها من جزأين يعطى كل جزء منها نفس التأكيد فى النطق لما يعطى للجزء المقابل له فى الكلمات الأخرى ، مثل فندق ، معهد) ، وقائمة أخرى (أشير إليها سابقاً) تتكون من أعداد تتكون من رقمين — وقد سجلت قوائم كثيرة على أسطوانات فونوغرافية كان مستوى كثافة الصوت أضعف فى كل منها عن سابقتها واختبارات الصوت والكلام المذكورة مصممة لقياس مدى فقدان حدة السمع — وهى تفترض أنه كلما ارتفع مستوى الصوت ، كلما أمكن لثقيل السمع أن يفهم مضمونها .

والشيء الذى يتحتم معرفته عن سمع شخص ما هو إمكانه متابعة الحديث العادى ، ومدى كفاية سمعه للأغراض الاجتماعية . ولقياس قدرة شخص ما على تمييز الكلام ، يجرى عليه اختبار مكون من كلمات من ذوات المقطع الواحد ، ويكون الاختبار مسجلا على اسطوانات . فإذا قرئت هذه الكلمات بكثافات متعددة فإن النتائج ترسم على شكل حرف S منحنية وتكون أقصى درجة انحدارها عند المنتصف أو بعده بقليل ، فيكون الشكل مشابهاً للهضبة — أما إذا قرأت الكلمات فى مستوى المنسوب العادى فلن يفهم منها كلمة واحدة — أما إذا كانت حدة النطق بالكلمات تزيد بثلاث وثلاثين نقطة عن المستوى الأساسى ، فإن السمع يميز خمسين فى المئة من الكلمات بنجاح ، وعندئذ تكون هضبة المنحنى البيانى عند نسبة ١٠٠ ٪ من الكلمات التى يمكن تمييزها بنجاح تحت ظروف السمع المناسبة . وعلى ذلك فالرجل المصاب بصمم النغمات العالية لا يسمع أصوات من نوع خاص ، ويخفق دائماً فى الحصول على درجات كاملة عند عمل المنحنى البيانى . وهذا النوع من ثقيلى السمع هو من يقول (يمكننى أن أسمعك لكننى لا أميز ما تقول) . إنه يعترض على كل من يصرخ عليه ويتهم

الناس كلهم بأنهم لايتكلمون بوضوح— ومهما أدخل على الكلام من تحسينات أو توضيحات ، فلا مفر من عدم سماع بعض الكلمات أو فهمها حيث إن وسيلة الاستقبال ضعيفة . ويبدو أن نقطة التحول فى الكفاية الاجتماعية تحصل عند ما يكون فقد السمع عن الكلام عند درجة ٣٥ فى الأذن الأقوى وفى هذه الحالة يمكن للشخص أن يتابع حياته بشكل مرض فى خمسين فى المائة من الحالات .

شخصية ثقيل السمع

عملت عدة أبحاث عن أثر فقد جزء من السمع على شخصية الأطفال والكبار ، وذلك بغية معرفة ما إذا كانت هناك فروق ناتجة عن فقدالسمع ويتميز بها ثقيلو السمع كمجموعة . وغالباً ما يعمم بعض الناس فى تعبيراتهم عن ثقيلى السمع تبعاً لتجاربهم مع فرد واحد منهم . وربما أوحى ذلك أن ثقيلى السمع لهم خصال وتصرفات غير مقبولة ، والواقع أن هؤلاء الناس هم كغيرهم من الأشخاص العاديين نجد بين أفرادهم فروقاً متفاوته فى التصرفات والخصال — وسنقوم أولا بالمقارنة بين طفل ثقيل السمع وآخر سليمه ، وقد قام مادن [1] Madden بعمل اختبار مدرج ليستعمله المدرسون ، وطبق الاختبار على مجموعة من ثقيلى السمع ومجموعة أخرى للعاديين وتوازيها من حيث الذكاء والسن والجنس والعنصر . وقد اتضح أنه لا توجد فروق بين الطائفتين فى مجال الانتباه والطاعة والتصرف الاجتماعى ، إلا أن ثقيلى السمع ربما كانوا أقل فى القدرة على القيادة ، وأقل ميلا لاستعمال العنف وأكثر خجلا — وعلى ذلك فإن هذه الاستنتاجات لا تتفق مع

---

(١) Madden, R.: The School Status of the Hard - of - Hearing Child. Contribs to Ed., No. 499., Columbia U., T.C., 1931.

التقارير العادية التى ظهر منها قلة انتباه ثقيلى السمع وكثرة تأملاتهم النهارية .

كما قام هاب [١] Habbe بعمل بحث مستفيض عن حالة ٤٨ من أولاد ثقيلى السمع وفى سن المراهقة وقارن النتائج التى حصل عليها كل منهم بنتائج ولد آخر سليم السمع من نفس الفصل والمدرسة . ويلاحظ أن مقدار فقد السمع لدى الفئة الأولى كان بنسبة ١٥ نقطة فى كل من الأذنين — واستعملت فى قياس الشخصية مقاييس مختلفة منها اختبار التكيف لسيموند Symonds Adjustment Questionnaire ومنها اختبار التصرف فى مختلف المواقف لهاجرتى وأولسون وويكمان The Haggerty-Oslon-Wickman Behavior Rating Scale وكذلك نموذج لتاريخ حياة الشخص قام بعمله هاب Habbe وعلى أساس نتائج هذه الاختبارات قابل هاب العشرة الذين حصلوا على أعظم قسط من التكيف الاجتماعى وكذلك العشرة الذين حصلوا على أقل قسط من التكيف الاجتماعى — واتضح بعد ذلك أنه ليس هناك فروق تذكر بين الطائفتين فيما عدا أن ثقيلى السمع كانوا أكثر أنطواء على أنفسهم وأكثر تسليما بالواقع . وعلى ذلك انتهى هاب إلى أنه إذا كان تكيف ولد ما فى حياته جيد بصفة عامة يصبح فى إمكانه أن يتغلب على ما يصادفه من مشاكل بسيطة .

وقد طبق كيرك[٢] Kirk فى سنة ١٩٣٨ اختبار Haggerty-Oslon-Wickman على ١١٢ من الأطفال الصم وثقيلى السمع بدون تعريف مدى فقد السمع أو أخذه فى الاعتبار واستنتج أنه لا يوجد أى فرق بين طائفتى الصم وثقيلى السمع فلدى كل منهما احتمالات كبيرة لحصول مشاكل متصلة بتصرفاتهم أو عواطفهم .

وفى سنة ١٩٤٠ استعمل بنتنر [٣] Pintner اختبار صور التلاميذ

---

(١) Habbe, S.: Personality Adjustments of Adolescent Boys with Impaired Hearing. Contribs to Ed., No. 697., Columbia U., T.C., 1936.

(٢) Kirk, S; Behavior Problem Tendencies in Deaf & Hard - of - Hearing Children. American Annals of the Deaf, 1938, 83, 131-138.

(٣) Pintner, R.: An Adjustment Test with Normal and Hard - of - Hearing Children. J. Genetic Psy., 1940, 56, 367-381.

Pupil Portraits لمقارنة ١٣٩٧ من الأطفال ثقيلى السمع بـ ١٦٠٤ من الأطفال العاديين الذين يسمعون ، وكان جميع الأطفال من الفصول الدراسية بين الخامسة والثامنة — ولقد ظهر من هذا البحث أنه كلما ارتفعت الدرجات فى الاختبار كلما كان ذلك علامة على زيادة القدرة على التكيف الاجتماعى — وكان متوسط الدرجات التى حصل عليها ثقيلو السمع أقل قليلا عن المتوسط الذى حصل عليه زملاؤهم ممن يسمعون . وكان هذا الفرق جلياً فى حالة الأولاد ، لكنه لم يكن كذلك فى حالة البنات — أما المصابون بثقل السمع بشكل خطير فقد ظهر أنهم غير متكيفين بنفس النسبة — على أن النتيجة النهائية للبحث كانت أن ثقيلى السمع لا يفترقون عن زملائهم من حيث نجاحهم وقدرتهم على التكيف الاجتماعى .

وفى سنة ١٩٤٢ طبق بنتنر Pintner اختبار Aspects of Personality على ١١٧١ طفلا من ثقيلى السمع و١٢٠٨ ممن يسمعون وكان ذلك لغرض قياس ثلاث خصائص هى التسليم بالواقع أو الكفاح للترقى ، الانطواء أو الاختلاط ، وتوازن العواطف . ولم يكن هناك فرق فيما يختص بالتسليم أو الكفاح فيما عدا احتمال ضئيل عند من أصيبوا بفقدان كبير لسمعهم (٣٠ درجة أو أكثر) أن يلجأوا إلى العنف بدرجة أكبر ، كما أنه لم يكن هناك فرق فى اختبار الانطواء أو الاختلاط ، أما عند قياس التوازن العاطفى فقد اتضح أن هناك فرقاً يسيراً بين ثقيلى السمع ومن يسمعون لكنه فعّال . وربما كان سبب ذلك هو فقد السمع مما يجعل الشخص أقل توازناً عند مواجهته لمواقفه اليومية . وقد سجلت ملاحظات عن شخصية ثقيلى السمع من الكبار ، وكان ذلك بواسطة ثقيلى السمع أنفسهم أو بواسطة علماء النفس بعد عمل اختبارات شخصية ، وكذلك بواسطة المتخصصين فى علاج مشاكل الصم — وبالرغم من أنه يصعب تقويم النتائج ، إلا أنها أظهرت خصائص متشابهة للشخصية .

وفى سنة ١٩٣٣ سجل برى [1] Berry التغييرات التى تطرأ على السلوك

---

(١) Berry, Gordon : The Psychology of Progresive Deafness. J.A.M.A., 1933, 101, No. 21.

نتيجة للصمم التدريجى — فمثلا يعتبر الأبوان والمدرسون الطفل الأصم غبياً وفاقداً للانتباه أما زملاؤه فيعتبرونه غريب الأطوار ومنطوياً على نفسه . ويحاول الطفل ثقيل السمع إخفاء عاهته وربما شعر بحقارة أو حاول أن يعوض ما لديه من نقص فى انتباهه — أما ثقيل السمع البالغ فيميل إلى المقاومة والثورة — وتكون العاهة خطيرة بالنسبة للنساء أكثر مما تكون للرجال ، حيث أن الأخيرين غالباً ما يقوّمون على أساس كفاءتهم المهنية . إن حصول العاهة فى سن الستين يكون فى غاية الإرهاق ، ومن ثم ينسحب المصابون من مزاولة أى نشاط — على أن برى Berry قد لاحظ مزايا لنقص السمع منها أنه ينمى التركيز ويشجع الأفكار المفيدة كما يزيد فى قوة الحواس الأخرى .

أما الأبحاث التى قام بها ويلز وبنتنر Welles & Pintner فى سنة ١٩٣٣ فقد اعتمدت على نتائج استعمال اختبار الشخصية لبرنرويتر Bernrewter Personality Inventory الذى طبق على الكبار من ثقيلى السمع فى المدن وفى الريف — وقد أظهرت هذه النتائج أن ثقيلى السمع أقل توازناً فى عواطفهم ، وأكثر انطواء ، وأقل سيطرة ، على أنهم يتساوون فى ناحية إعالة أنفسهم . على أن ويليز Welles وجد أن ٣٠ امرأة ممن أمكنهن التغلب على عاهاتهن بنجاح ملحوظ متساويات فى جميع الاختبارات لزميلاتهن ممن يسمعن .

ولم يجد الباحثون أى ارتباط بين الاستعداد للاضطرابات النفسية وبين السن الذى يحصل فيه فقد السمع أو بين عدد سنين الصمم وبين ساعات تعليم قراءة الشفتين — وقد حصل هؤلاء الذين لم يتعلموا قراءة الشفاة على درجات عالية فى الاختبارات التى تشير إلى اضطرابات نفسية . كما تبين أن المصابين بطنين الأذن كانوا أقل ثباتاً فى النواحى العاطفية . وبما أن الطائفة المنعزلة تقل فرص إعادة تعليمها أو مساعدتها على التكيف فإنها تكتسب خصالا غير مرغوب فيها — ولما وجد بنتنر أنه أمكن لعدد كبير أن يعيد تكييف نفسه بدون مساعدة فإنه تساءل موحياً بعمل برامج لإعادة التعليم re-education حتى يمكن لهؤلاء الناس

التكيف فى حياتهم بسرعة وبإعداد أكبر .

ولقد شرح رامسديل Ramsdell [1] الشعور بالانقباض واليأس الذى يعترى الصم وثقيلى السمع من الكبار وذلك بعدأن أوضح أن هناك ثلاث مستويات للسمع العادى :

١ — مستوى الرموز وفيه نستعمل السمع لتفهم اللغة حيث أن الكلمات ما هى إلا رموز للأشياء والأمور التى تجرى حولنا .

٢ — مستوى الإشارات أو التحذيرات التى تجعلنا دائمى التعبير لنتكيف فى حياتنا باستمرار . إننا نوقف السيارة ليس لأن أحداً قال لنا (رجل البوليس) بل لأننا نسمع صوت صفارته .

٣ — المستوى البدائى المكون من أصوات مختلفة متفرقة نسمعها وقد لا نعنيها فى أثناء عملنا العادى فى حياتنا اليومية ، وهذه الأصوات المتفرقة تجعلنا نشعر أننا أحياء فى هذا العالم ودائماً ما تتغير هذه الأصوات حيث أن بيئتنا فى حالة من النشاط الدائم ، ونحن على استعداد دائم للتجاوب مع هذه الأصوات كلما استدعت الظروف ذلك . وكما قال رامسديل « إن حالة الشعور التى يولدها المستوى البدائى من السمع تتميز دائماً بالاستعداد للتجاوب معها وكذلك بشعور الرضا بأننا جزء من عالم حى مملوء بالحركة والنشاط » وهو يعتقد أن الاضطراب العاطفى لمن يصابون بالصمم ينتج عن فقد السمع فى المحيط البدائى — وعند ما يعرف الأصم سبب انقباضه ، فإن ذلك يساعده على أن يتغلب على حيرته واضطرابه ولوم نفسه .

وفى محيط التحذيرات يكون عدم التعلم سبباً فى جهل الشخص بكل شىء يتعدى محيط النظر ، فالسمع يدلنا على المسافة واتجاه مصدر الصوت ، ومن ثم فإن فقد السمع فى هذه المرحلة يسبب الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان ، غير أنه يمكن

---

(١) Ramsdell, D.: Hearing & Deafness, Ch. 16, Murray Hill Books, N.Y., 1947

اتخاذ إجراءات عملية لإعادة الثقة والتكيف إلى نفس المريض .

وفى هذا المستوى يساهم السمع فى تكوين تقديراتنا لكل ما هو عذب وجميل ، ومع أن هناك فروقاً فى درجة احتياجات الفرد إلا أن تقديرات الجمال تشمل سماع أصوات الطبيعة وكذلك سماع سيمفونية عذبة .

وقد أدمج رامسديل اللغة فى محيط الإشارات حيث إنها (١) وسيلة تفهم التجارب (٢) توضح وتنظم أفكارنا (٣) تمكن الطفل النامى من أن يكوّن ويربط بين الممنوعات والمسموحات فى الحياة الاجتماعية — ويلاحظ أن النقطتين الأخيرتين لا تؤثران على الشخص الذى أصيب بالصمم فى مرحلة الكبر .

وقد عللت هينر[١] Marie Hays Heiner حساسية ثقيلى السمع بشعورهم بالمغالطة وزعمهم بأنهم يسمعون — حيث أن الصمم يهدد كيان هذا الزعم نتيجة لخلط الناس بين السمع وهو مهمة جسمانية ، وبين الفهم وهو عملية عقلية — ويحتمل أن يكون مصدر ذلك هو الوقت الذى كانت فيه كلمتى (أصم) و (أبكم) متضامنتين ، وعلى ذلك يدعى ثقيلى السمع أنهم يسمعون وذلك بغية حماية أنفسهم من هذا الارتباط .

وقد أثار عدد من الناس أن ثقيلى السمع يشعرون بالشك وعدم الثقة ، ويبدو أن فقد السمع يولد لديهم الشعور بأن مجرى الحديث الذى كان دائراً بين مجموعة من الناس ولم يتم لسبب أو لآخر لا بد وأنه كان عنهم أو أن الملاحظات التى لم يسمعوها جيداً كانت انتقاداً لهم — وقد زاد رامسديل على ذلك « أن الصمم يبدو عاملا قوياً لإظهار الاحتمالات الخفية للبارانويا فى الشخصية » فإذا ما كان الشخص متزن الانفعالات فإن الصمم لايولد لديه الشعور بالشك وعدم الثقة — ومما يتميز به ثقيلو السمع هو حبهم السيطرة على الحديث واحتكاره — فذلك يعنى تحاشيهم للاستماع المضنى ، أو لسوء فهم الكلام الذى يكون فى غاية الإحراج .

---

(١) Heiner, Marie H.: Hearing is Believing. World Publishing Comp, Cleveland, 1949.

ولهذا فإن ثقيل السمع يسترسل فى سرد قصص تفصيلية عن الحوادث اليومية التى حصلت له فى الماضى أو فى الحاضر .

الذكاء والتقدم التعليمى

طبقت المقاييس الخاصة بذكاء ثقيلى السمع على تلاميذ المدارس — لكن يجب اعتبار نتائج اختبارات الأطفال أساساً لتقدير أثر فقد السمع على القدرة العقلية للكبار .

قام[1] Waldmsn, Wade & Aretz بعمل أبحاث شاملة على أطفال المدارس من ثقيلى السمع استعملوا فيها اختبار The National Intelligence Test

ونتج منها أن من يسمعون جيداً حصلوا على درجات تتراوح بين ٦٨ و ١٤٠ بمتوسط ١٠٤,٥ أما ضعيفو السمع فكانت درجاتهم بين ٦٨ إلى ١٣٢ بمتوسط ٩٢,٤ وهذا الاختبار لفظى (أى يعتمد على اللغة والألفاظ) وجمعى أى يطبق على مجموعة من الأفراد ، ومن ثم تتأثر نتائجه بمدى الانتباه للتوجيهات والحصول على معلومات متفرقة .

وقد استعمل مادن[2] Madden سنة ١٩٣١ مختلف اختبارات الذكاء مع الأطفال ثقيلى السمع فوجد أن هناك ارتباطاً سلبياً ضعيفاً بين مستوى نسب الذكاء وفقد السمع ويمكن تلخيص النتائج التى حصل عليها فيما يلى :

الاختبار	العدد		نسبة متوسط الذكاء	
	السمع العادى	ثقيلو السمع	السمع العادى	ثقيلو السمع
اختبار بينيه	٤٦	٤٦	٨٣,٤٦	٧٧,٠٤
اختبار المعلومات	٥٣٧	٤٦	٨٤,٠٥	٧٧,٠٩
اختبار أوتس الجمعى	١٧٠	١٣	١٠١,٥٥	٩٣,٣٨

(١) Waldman, Wade & Aretz : Hearing & the School Child. Voltia Bureau, Wash, D.C., 1930.

(٢) Madden, Op. cit.

وفى ١٩٣٩ قام بنتنر وليف[1] Pintner & Lev بمقارنة النتائج التى حصل عليها كل من ثقيلى السمع والعاديين من أطفال المدارس فى السنوات الدراسية الخامسة والسادسة والسابعة والثامنة مستعملين اختباراً لفظياً للذكاء (اختبار الذكاء لبنتنر Pintner Intelligence Test) وآخر غير لفظى وكانت نتائج البحث كما هى مبنية فى الجدول الآتى :

	الفرقة	الاختبار اللفظى		الاختبار غير اللفظى	
		العدد	متوسط نسبة الذكاء	العدد	متوسط نسبة الذكاء
ثقيلو السمع	٥ — ٦	١١٥	٩٥,٤٨	١١٥	١٠٠,٥٧
	٧ — ٨	١٧٥	٩٤,٩٥	١٧٥	٩٩,١٧
السمع العادى	٥ — ٦	١٢٠	١٠١,٦	١٢٠	٩٩,٧
	٧ — ٨	١٩٤	١٠٢,٦	١٩٤	١٠٢,٢

وأظهرت النتائج التى حصل عليها ثقيلو السمع بدرجة خطيرة (أى من فقدوا ١٥ درجة أو أكثر من قوة تمييز الكلام) أن متوسط مستوى ذكائهم أقل قليلا من المستوى العادى — الاختبار اللفظى ٩٢,٣٦ وغير اللفظى ٩٩,٢٦ — ونتيجة لذلك انتهى الباحثان إلى أنه لا يوجد فرق ذو دلالة بين ذكاء الأطفال ثقيلى السمع ومن يسمعون فى مدارس المرحلة الأولى — ومن ثم نصحا الأخصائيين ألا يستعملوا اختبارات لفظية لثقيلى السمع .

وقد أشار والدمان وويد وأرتز Waldman, Wade & Aretz إلى التأخر الدراسى للأطفال ثقيلى السمع وقدروا نسبة هذه الحالات بمقدار ١١ ٪ كما بينوا أنه فى كل خمس حالات لإعادة السنة الدراسية بالنسبة للأطفال العاديين فى السمع يقابلهم تسع حالات من بين ثقيلى السمع — وأن الأطفال فى سنى الدراسة

(١) Pintner, R. & Lev., J.: The Intelligence of the Hard - of - Hearing School Child. J. Genetic. Psy., 1939, 55, 31-40.

الرابعة والخامسة كانوا أكثر تأثراً بفقد السمع ممن هم فى سن أعلى — وربما يكون ذلك راجعاً إلى أن التعليم اللغوى والدروس الشفوية هو الأساس فى الفصول الدنيا، على حين يكون هناك اعتماد أكبر على الكتب المدرسية فى حالة الأطفال الأكبر سناً .

وقد أثبت بحث قام به هوفسومر Hofsommer [1] (وهو طبيب مدرسة عامة بإحدى ضواحى مدينة سانت لويس) ظهور التقدم التعليمى بين طائفة من الأطفال من ثقيلى السمع يتعلمون بواسطة قراءة الشفتين وذلك بالمقارنة إلى طائفة أخرى من ثقيلى السمع لا يتعلمون بهذه الطريقة ، ونتيجة لذلك استخدمت المدرسة مدرساً فى قراءة الشفتين وتفهم الكلام .

كما أكد كابلين Caplin [2] فى بحثه عام ١٩٣٧ أهمية قراءة الشفتين فى التقدم الدراسى إذ أنه وجد أن من بين ٤٥٦٦ من الأطفال ثقيلى السمع الذين يتعلمون قراءة الشفتين فى المدارس العامة لمدة متوسطها سنة كانت هناك نسبة ٤١,٩٪ لوحظ عليها صور من التأخر الدراسى قبل تعلم قراءة الشفتين وانخفضت هذه النسبة إلى ٥,٦ ٪ بعد تعلم هذه الوسيلة — على أنه بالمقارنة مع طائفة من الأطفال العاديين فى نفس مدارس مدينة نيويورك اتضح أن بين هذه الطائفة تأخر دراسى بنسبة ٢٨ ٪ — وعلى أية حال كلما زاد الفقد فى السمع زادت الصعوبات فى متابعة الدراسة .

وقد أوضح بنتنر مقدار التأخر الدراسى للأطفال ثقيلى السمع فى السنتين الدراسيتين الخامسة والسادسة نتيجة لاستعماله اختباره فى التحصيل الدراسى

---

(١) Hofsommers, A.J. Lip Reading & the Intelligence Quotient of the Hard - of - Hearing Child. 1936, 107, 648-650.

(٢) Caplin, D.A. Special Eeport of Retardation of School Children. American Annıls of the Deaf, 1937, 82, 234-43.

Pintner Educational Achievement Test وأظهر النتائج التالية :

	العدد	متوسط الدرجات
حالات السمع العادى	٥٣٦	٣٥,٤
حالات ثقل السمع	٤٠٢	٣٤,٤
الحالات الحادة لثقل السمع	٧٨	٣٣,١

إن التأخر الدراسى لمن الأهمية بمكان فى تكوين شعور ثقيل السمع نحو مدرسته ونحو أصدقائه ممن يسمعون وكذلك نحو إتمام تعليمه بعد السن العادية — وهذا يؤثر على مستقبل ثقيلى السمع من الكبار حيث أن مستقبلهم يتوقف على مستوى تعليمهم ونوع ذلك التعليم .

برامج التأهيل

أى نوع من برامج التأهيل يمكن توفيره لثقيلى السمع لمساعدتهم على التكيف فى عالم السامعين ؟ هذه المشكلة تستدعى المهارة والتعاون من جانب أطباء الأذن وأخصائيي الأصوات وعلماء النفس والمدرسين وكذا الأصدقاء . وأكبر أمل لثقيل السمع أو لوالديه هو العلاج الشافى ، إذ يشعر أن إحدى معجزات الطب الحديث ستنقذه من مرضه — ولهذا يجب فحص الحالة بواسطة طبيب أخصائى فى أمراض الأذن لكى يؤكد للمريض حالته ويطمئنه على نفسه ويسدى إليه التوجيهات والنصائح التى يجب اتباعها ، فكثير من الناس يقومون دائماً بعمل زيارات للعيادة مؤملين فى العلاج مع أن ذلك غير متيسر أو ممكن .

وإن أكثر الأسباب شيوعاً لفقد السمع من القناة الظاهرة هو تكون المواد الشمعية وتصلبها فى هذه القناة ، ويمكن للطبيب إزالة هذه المواد الشمعية بدون إصابة القناة بأى ضرر . وهناك أسباب أخرى لفقد السمع منها أمراض اللوزتين

والجيوب الأنفية واحتقان اللوز مما يسبب التهاب الأذن الوسطى نتيجة لتعسر تهويتها . ومن ثم يجب إزالة اللوز أو الغدد المتضخمة جراحياً .

وكان أحد الأمراض الوراثية ويسمى Otosclerosis هو السبب المباشر فى فقد السمع فيما يزيد عن مليون حالة فى الولايات المتحدة وهو يصيب الجزء العظمى الذى يحيط بالأذن الداخلية ويتسبب فى عدم حركة بعض أجزاء الأذن ، وعدم الحركة هذا يحصل بالتدريج وعلى سنوات ، ففقد السمع غالباً ما يلاحظ فى دور المراهقة أو عند سن العشرين . وربما أفادت الجراحة لعمل ثقب فى الأعضاء المتصلبة أو فى إعادة هؤلاء الناس لكفايتهم الإنتاجية — والحالات التى يؤمل نجاحها هى التى ليس سببها عيب فى أعصاب السمع بل يكون العيب عائقاً بسيطاً يمكن التغلب عليه ، وعلى ذلك يستطيع حوالى ٧٥ ٪ من المصابين بعوائق السمع البسيطة الحصول على التكيف الاجتماعى بسهولة .

ولقد قرأ كثير من ثقيلى السمع عن العمليات الجراحية التى تفيدهم وفهموا من ذلك أن علاجاً جراحياً قد اكتشف للصمم — ويجب إسداء النصح والتوجيه لمثل هؤلاء وتفهيمهم أن العملية لا تصلح إلا للمصابين بذلك المرض الوراثى السالف الذكر ، فإذا ما كانوا كذلك يجب إحالتهم إلى أخصائى متمرن فى أمراض الأذن وجراحتها لعمل هذه العملية ليرى إن كان هناك أمل أو فائدة .

كانت وسائل السمع المساعدة أكبر عامل له أثر فى محيط ثقيلى السمع بالرغم من أنها تقابل باعتراض شديد من ذوى الحساسية من الكبار وذلك بسبب أن فن الإعلان قد شوه الحقيقة إلى حد كبير إذ يمكن لهذه الوسائل أن تعوض تماماً ما فقد من السمع — ويجب أن تكون هذه الوسائل المساعدة ذات أصغر حجم ممكن وخفيفه ورخيصه ما أمكن ، كما يجب أن تزيد فى مستوى الأصوات بدون تغيير طبيعتها — والطفل ثقيل السمع يعتز كثيراً بأداة سمعه المساعدة ، وحينما يدخل المدرسة فإنها تصبح إحدى مميزاته . وأدوات سمعه المساعدة تسهم كثيراً فى التقدم السريع ، لكن الحقيقة هى أن أداة السمع وحدها لا يمكن أن تفى بالغرض

فيجب أن يكون هناك بقية من سمع يمكن المريض من تفهم ما تكبره الأداة .

ويلعب الاعتزاز بالنفس دوراً كبيراً ، ولذلك فإن منتجي الأدوات السمعية المساعدة حينما يعلنون عنها يؤكدون (عدم رؤيتها) أو أنها تشابه مصوغات الملابس بدون إعارة الاهتمام إلى نوع الصوت الذى تنتجه هذه الأدوات ، ومن ثم فإن ثقيل السمع الذى لا يستعمل إحدى هذه الأدوات المساعدة مع أن فى قدرته استخدام إحداها والاستفادة منها يعتبر مجحفاً بحق أسرته وأصدقائه ، ويمكن استعمال الأوديوجرام audiogram لمعرفة إذا كان من اللازم استعمال إحدى هذه الأدوات — فإذا كان فقدان السمع فى الأذن الأقوى أكثر من ٣٠ درجة (من ٣٠٠ — ٣٠٠٠ ذبذبة فى الثانية) يكون هناك حاجة ملحة لاستعمال أداة سمعية مساعدة كما قرر سيلفرمان وتيلر[1] Silverman & Taylor ، على أن بين ثقيلى السمع من لا يمكنهم الاستفادة جدياً من أدوات السمع المساعدة ، فمثلا الشخص الذى لديه فقد ضئيل فى الموجات المنخفضة بينما عنده فقد كبير يبلغ الألف ذبذبة أو أكثر فى الموجات العالية ، سيجد هذا الشخص صعوبة فى تمييز الساكن من الكلام ، وعليه يجب عمل تمرينات سماعية واسعة حتى يمكنه الاستفادة من أدوات السمع المساعدة .

ويتشابه مع هذا النوع الفقد المتزايد فى السمع للموجات العالية نتيجة لكبر السن ، ولا يوجد لدى الكهول من الصبر أو القدرة على التركيز ما يسمح لهم بالاستفادة من التمرينات السماعية ، ويلزم بناء عليه تقدير حاجة الشخص لأداة سمع مساعدة على أساس فردى ، فإذا لم يقبل استعمال هذه الأداة مختاراً فلا يجوز أن نجبره على استعمالها . ويمكن للمريض أن يهتدى إلى الأداة التى تناسبه عن طريق العيادة الخاصة بالسمع ففيها مختلف الأدوات والاختبارات التى يمكن تجربتها واختبارها فى ظروف مناسبة .

---

(١) Silverman, S.R. & Taylor, S.C : Hearing & Deafness, Ch. 8. Murray Hill Books. N.Y., 1947.

وينحصر الجزء التعليمى من البرامج المقترحة لثقيلى السمع فى تعليمهم قراءة الشفتين أو تفهم الكلام وعمل مختلف التمرينات السماعية . ويوجد بكل مدرسة خاصة بثقيلى السمع فى الخارج مدرسون أخصائيون فى تدريس قراءة الشفتين ، وربما كانت العاهة الكلامية مصدر ألم أكبر لطفل ثقيل السمع من عاهته السمعية . فإذا لم يوجد مدرس مختص — فإن هناك عيادات خاصة بتعليم قراءة الشفتين يمكن للأطفال التردد عليها . وفيما يتعلق بالكبار فإنه ينتابهم اليأس بسهولة ولذا يستحسن إلقاء بعض الدروس والتوجيهات عليهم — حيث أن ثلث أصوات الكلام فقط يظهر على الشفتين ، وعلى قارئ الشفتين أن يحصل على أدلة توصله إلى محتويات الكلام ومضمونه . ويجب إخبار قارئ الشفتين أنه ربما قابل قارئين ذوى نطق ردىء وتعبيرات ناقصة ، كما يستحسن إخباره أن هناك فروقاً بين الأفراد وأنه لا ارتباط بين الذكاء والقدرة على قراءة الشفتين — وهناك طرق ووسائل كثيرة لتعليم قراءة الشفتين . والواقع أن المدرس أهم بكثير من طريقة التعليم المستعملة .

وقد وصفت هينر Heiner درسها الأول قائلة إن المدرس لم يكن ملهماً — ويفضل الكهول فتاة حسناء ، ولكن يفضل الكبار أن يعلمهم مدرس شاب مملوء بالحماس ، ولا بد أن يكون مدرس قراءة الشفتين ممن يسمعون لكى يستطيع مساعدة ثقيلى السمع على المحادثات الكلامية . وكثيراً ما لجأ الكبار إلى قراءة الشفتين كأملهم الأخير حينما ظهر عدم جدوى الأدوات السمعية المساعدة — على أنه يجب تشجيعهم على استعمال أدوات السمع المساعدة وذلك بالإضافة إلى قراءة الشفتين .

وبالولايات المتحدة هيئات كثيرة تهتم بمشاكل ثقيلى السمع وفى واشنطن (Volta Bureau, Washington, D.C.) توجد أكبر مجموعة من الكتب والمجلات التى تبحث فى مشاكل الصم بأمريكا . ويقوم موظفو هذه الهيئة بتقديم خدمات ونصائح جليلة لمدرسى الصم ولآبائهم فضلاً عن أن هناك هيئات أخرى مهتمة بهذه الناحية مثل The American Hearing Society ، ومكاتب

الاستعلامات ، والتوكيلات الاجتماعية ومكاتب التخديم والنوادى وكلها خاصة بالصم أو ثقيلى السمع .

والتوجيه المهنى خدمة لازمة للطفل ثقيل السمع الذى يتأهل لدخول معركة الحياة أو بالنسبة للشخص الكبير الذى يضطر إلى تغيير طبيعة عمله نتيجة لفقد فى سمعه — وجميع الأعمال التى لا تحتاج إلى تبادل التخاطب مفتوحة أمام ثقيلى السمع وهنا تجدر الإشارة إلى الشخصية التى تعتبر من أهم العوامل التى تقرر ما إذا كان الشخص سيحتفظ بوظيفته أم سيفقدها .

لكن ماذا يجب عمله لثقيل السمع فى محيط التكيف النفسى ؟ وهنا تحدثنا مارى هينر Heiner عن تجربة قائلة (واجه الحقائق . . . جميع الحقائق المتعلقة بنفسك وبيئتك وصلتها بصممك ، إنك لست الوحيد فى مأساتك . فـ ٥ ٪ إلى ١٠ ٪ من مجموع السكان مصابون بثقل السمع) . وأنصع دليل على جدوى حديثها هو نجاحها الباهر فى التغلب على مشاكل صممها ، وكذلك النجاح الذى صادف غيرها من ثقيلى السمع .

وقد أصدر برى Berry تعاليمه أو وصاياه العشر لثقيلى السمع فى شكل كتيب كما سجل رامسديل Ramsdell قائمة ضمنها اقتراحات عملية ، كما أكد ضرورة مواجهة فقد السمع بصراحة وبطريقة واقعية . لقد قبل المجتمع واعترف بالنظارات الطبية ولا بد له أن يقبل استعمال أدوات السمع . وعند البحث عن معلومات خاصة يجب أولاً الإلمام بالمادة اللازمة والتعبيرات التى يحتمل استعمالها ومختلف الاتجاهات فى موقف ما والنصيحة التى يمكن إسداؤها لثقيلى السمع هى أن يعملوا بمبدأ (كن مستعداً) ، ويجب أن ننصح ثقيلو السمع عند محادثة أصدقائهم أن يكونوا صرحاء ، فلا مانع من الاعتراف بعدم الفهم ،وعليهم الابتعاد عن التهويش ،ويجب تشجيع ثقيلى السمع على تنمية وتكوين هوايات جديدة وعلى الاختلاط بالآخرين الذين لهم نفس الهوايات وكذلك على القيام بنشاط مفيد . كل هذا يساعد على توازنهم وتكيفهم فى الحياة ،وعلى ذلك يجب المداومة والمحافظة

على اهتمامهم بغيرهم من الناس . ويجب خلق الفرص الاجتماعية أمام ثقيلى السمع من النساء قبل الرجال حيث يشعرن بالوحدة نتيجة لفقد السمع ، فالسيدة يمكنها بعد تعلم قراءة الشفتين واستعمال أدوات السمع المساعدة أن تزاول نفس النشاط مع زملاء من نوعها وينتج عن ذلك أن تستعيد ثقتها بنفسها وتقبل دعوات أصدقائها ممن يسمعون .

ولا تقوم عيادات تعليم قراءة الشفاه بتعليم قراءة الشفاه وتبادل الحديث فقط بل إنها تدرس أساليب الاتصالات الاجتماعية — فنى عيادة المعهد المركزى بأمريكا تكون الساعة المخصصة لتناول القهوة بين الدروس وحفلات عيد الميلاد والغذاء السنوى على رأس البرنامج لأن هذه فرص اجتماعية مناسبة تعود على الجميع بأكبر الفوائد .

الخلاصة والاقتراحات

وتلخيصاً لما تقدم يمكن القول أن ثقيلى السمع هم أشخاص طرأ على حاسة سمعهم خلل ، ويمكن لهذه الحاسة أداء مهمتها سواء كان ذلك باستعمال أداة سمعية مساعدة أو بدونها . ويمكن معرفة مدى ونوع الخسارة فى السمع بواسطة اختبارات منفصلة تختص بالنغمات والكلام على حدة . وبدراسة مستوى الذكاء فى ثقيلى السمع من التلاميذ اتضح أنهم عاديين بشرط عدم استعمال اختبارات لفظية . والطفل ثقيل السمع أكثر تأخراً فى تعليمه عمن يسمع ، ولذلك يضطر لإعادة العام الدراسى أكثر من زملائه ممن يسمعون ، ويمكن تقليل درجة هذا التأخر الدراسى أو إزالته بتعليم الأطفال قراءة الشفتين .

أما دراسة شخصية الأطفال فقد أظهرت أنهم أقل انتباها ، وأكثر حساسية للمشاكل التى يصادفونها ، وأقل اتزاناً فى عواطفهم ، وذلك بالنسبة لزملائهم

ممن يسمعون ، على أن هذه الفروق لم تكن كبيرة بالدرجة المتوقعة ، إلا أنه كلما كان فقد السمع خطيراً زادت احتمالات عدم التكيف الاجتماعى .

والاعتقاد هو أن ثقيلى السمع الكبار أقل اتزاناً فى انفعالاتهم وأقل ثباتاً فى عواطفهم وأكثر انطواء على أنفسهم ، وأقل ميلا إلى السيطرة عمن يسمعون ، وغالباً ما يشعرون بالانقباض واليأس وبالشك وعدم الثقة فى الآخرين . ويعتقد رامسديل أن أساس الاضطراب العاطفى يرجع إلى فقد السمع فى المحيط البدائى الذى يتكون من أصوات تجعلنا نشعر أننا نكون جزءاً من هذا العالم الحى المملوء بالحركة والنشاط .

والبرنامج المقترح لتأهيلهم وعلاجهم نفسياً يشتمل على :

١ ـ القيام بفحص دقيق يتولاه أخصائى فى أمراض الأذن لكى يكتشف أسباب الصمم وينصح بما يتبع فى العلاج سواء كان طبياً أم جراحياً على أن يوجه النصح فقط فى الحالات التى يجدى فيها العلاج .

٢ ـ عمل مجموعة اختبارات سمعية لمعرفة جدوى استعمال أداة سمع مساعدة ، وعندئذ يوجه الاختيار نحو أنسب أداة للاستعمال .

٣ ـ التدريبات والتمرينات التعليمية فى :

(ا) قراءة الشفاة وتبادل الحديث اللغوى .

(ب) التمرن على السمع وعلى تفهم ما يسمع .

٤ ـ كفالة المساعدات المختلفة من الهيئات والمؤسسات المتخصصة فى المشاكل المتعلقة بالسمع .

٥ ـ التوجيه المهنى .

٦ ـ التكيف والتوازن النفسى بواسطة :

(ا) مجابهة حقيقة الصمم والاعتراف بفقد السمع .

(ب) تفهم أسباب الاضطرابات العاطفية (فقد السمع فى المحيط البدائى) .

(ح) تنمية الهوايات ونواحى النشاط الترفيهى .

(د) خلق وتجديد الاهتمام بالآخرين .

(هـ) خلق فرص النشاط الاجتماعى .

وبناء عليه فإن جميع الأبحاث توحى بأنه لن يكون بين ثقيلى السمع من يعتبرون شواذ أو منحرفين طالما أن فرص التكيف والتوازن الاجتماعى المذكورة ما زالت موجودة وتؤدى وظيفتها على الوجه الأكمل .

المراجع

1. Davis, H.: *Hearing & Deafness*". Ch 6., Murray Hill Books, N.Y., 1947.
2. Madden, R.: *The School Status of the Hard-of-Hearing Child.* Contribs to Ed., No. 499, Columbia U., T.C., N.Y., 1931.
3. Habbe, S. *Personality Adjustments of Adolescent Boys with Impaired Hearing*". Contribs to Ed., No. 697., Columbia U., T.C., N.Y., 1936.
4. Kirk, S.: *Behavior Problem Tendencies in Deaf and Hard-of-Hearing Children*". American Annals of the Deaf, 1938, 83, 131-138.
5. Pintner, R.: *An Adjustment Test with Normal and Hard-of-Hearing Children*". J. Genet. Psy. 1940, 56, 367-381.
6. Berry, Gordon.: *The Psychology of Progressive Deafness*". J.A.M.A., 1933, 101, No. 21.
7. Ramsdell, D.: *Hearing & Deafness*", Ch. 16. 1947.
8. Heiner, Marie H.: *Hearing is Believing.*" World Publishing Comp., 1949.
9. Waldman, Wade & Aretz : *Hearing & the School Child*". Volta Bureau, washington, D.C., 1930.
10. Pintner R. & Lev., J.: *The Intelligence of the Hard-of-Hearing School Child.*" J. Genet. Psy.. 1939, 55, 31-40.
11. Hofsommer, A.J.: *Lip Reading & the Intelligence of the Hard-of-Hearing Child.*"
12. Caplin, D.: *A Special Report of Retardation of School Children*". American Annals of the Deaf, 1937, 82, 234-43.
13. Silverman, S.R. & Taylor, S.C.: *Hearing & Deafness.*" Ch. 8 N.Y. 1947.

الفصل الخامس

سيكولوجية الأعمى

انتشار العمى وتعريفه

إن نسبة فاقدى البصر فى مصر تعتبر من أعلى النسب فى العالم فقد بلغ عددهم حسب الإحصاء الرسمى الأخير ٧٥٠٤٨ شخصاً مصابين بفقد البصر فقط ، هذا علاوة على المصابين بفقد البصر وعاهات أخرى كالصمم أو البكم أو ضعف القوى العقلية ، ولم يدخل فى هذا العدد أيضاً هؤلاء المصابون بفقد إحدى العينين .

وللعمى أسباب متعددة أهمها عوامل تؤثر قبل الولادة وهؤلاء بلغت نسبتهم فى بحث على تلاميذ المدارس فى أمريكا ٦٤,١٪ ويتبع ذلك فى الأهمية الأمراض المعدية وكانت مسئولة عن ١٣,٨٪ ، ثم إصابات الحوادث وكانت مسئولة عن ٧,٣٪ ، وأخيراً أمراض مختلفة ويرجع إليها ١٤,٦٪ من الحالات . ومن أخطر أسباب العمى عند الأطفال الذين يولدون قبل موعدهم الطبيعى هى العتامة خلف عدسة العين .

واصطلاح الأعمى يقصد به تلك الحالات التى تتراوح بين العمى الكامل وحالات أخرى قريبة من ذلك . ومن هذه تلك الحالات التى تبلغ فيها حدة البصر Central visual acuity ٢٠/٢٠٠ أو أقل فى العين الأقوى وذلك بعد استخدام النظارة . وكذلك يشمل تلك الحالات التى تزيد فيها حدة البصر عن ٢٠/٢٠٠ ولكن هناك عيب آخر من شأنه أن يضيق مدى الرؤية بحيث أن المدى أو أكبر قطر ممكن للمرئى لا يحتاج إلى زاوية مركزية تزيد على عشرين درجة . ويعرف المقياس ٢٠/٢٠٠ بأن الشىء الذى يمكن رؤيته بالعين العادية

على مسافة ٢٠٠ قدم يجب تقريبه إلى مسافة ٢٠ قدم حتى يمكن للشخص المصاب أن يراه . والعيب الخاص بالمدى المحدود يعنى أن العين حينما تتركز على مسافة القراءة لا تستطيع أن تميز بوضوح أكثر من مساحة صفحة كتاب عادى ، ولو أن العين فى هذه الحالة الخاصة ربما تستطيع عمل أى زاوية مركزية كالمستوى العادى . وإن أى شخص تنقصه حدة الأبصار إلى الدرجة السابق تعريفها ويقدر الأطباء هذا الفقدان بمقدار ٨٠٪ ، وكذلك أى شخص يقاسى من عيب فى مدى الإبصار بالكيفية المذكورة يعتبر أعمى .

اتجاهات المجتمع نحو العميان

نظر المجتمع إلى العميان وعاملهم بثلاث طرق متباينة : كعبء ومسئولية عليه أو كقُصَّر تحت وصايته أو كأعضاء به ويرجع تاريخ ذلك إلى عصور البشرية الأولى حينما استلزم كفاح الحياة تقارب الأفراد لتكوين القبيلة ، واعتبر العضو الذى لم يسهم مساهمة كاملة فى المجهود الحربى عبء على المجموعة واستئصل . ولمدة قرون كثيرة اعتبر العميان عبئاً على المجتمع ، والكتب التاريخية تعطى البراهين القاطعة على ذلك . لكن تغير الوضع بظهور الأديان التوحيدية إذ أعطت العميان حق العيش والحماية والرعاية ، ومن ثم قامت الكنيسة فى أيامها الأولى وطوال العصور الوسطى برعاية الأطفال والعميان والكهول ومنحتهم الأولوية فى الحصول على البر والإحسان ، على أنه عند نهاية هذه الحقبة استطاع عدد متزايد من العميان أن يثبتوا لأنفسهم ولمعاصريهم أنهم أكفاء وأنه يمكنهم تحقيق أعمال قيمة مما أثار اهتمام وعطف هؤلاء الذين أصبحوا فيما بعد رواد تعليم العميان . ونتيجة لقيام المنشآت التعليمية فى أوائل الحقبة الثالثة من التاريخ أمكن اندماج العميان فى المجتمع إذ ازدادت درجة قبولهم فى المدارس العامة وفى الصناعة ومختلف المهن

وكذلك فى نواحى النشاط الاجتماعى بمجتمعاتهم مما يثبت الاتجاه نحو هذا الاندماج بالرغم أنه كان ما زال بعيداً عن الهدف المرجو فما زال الشعور الفردى نحو العميان ونحو النظم الاجتماعية لخدمتهم متأثرة بفكرة « المسئولية والعبء » و« القصور ».

فإذا كان هذا التفسير كما يبدو لنا فى الوقت الحاضر مقبولا ، يكون قد تسنى لنا تحديد هدف للجهود والبرامج التى توضع لتأهيل العميان ، وفى ذلك أيضاً تبيان للمقاييس المرغوبة وغير المرغوبة عند مرحلة التنفيذ . فالبرامج التى تستهدف تأهيل العميان وبث روح الاستقلال فيهم بواسطة تنمية وتقوية المهارات والكفاءات التى تساعدهم على احتلال أماكنهم الصحيحة كأعضاء فى المجتمع ، تلك البرامج تعتبر تقدمية ومرغوبة فهى تعود بأقصى فائدة على العميان .

ولكن ، يختفى تحت هذه الظواهر الثقافية والاجتماعية شعور فردى نحو العميان يبدو فى ثنايا التعبيرات الظاهرة للأفراد ، أو يؤثر بطريقة لاشعورية على تصرفاتهم ، فالخوف والشعور بالذنب والإشفاق والفضول والمساعدات الاضطرارية — كل هذه مشاعر تولد ضغطا يعمل ضد العميان إما كأفراد أو كمجموعة أقلية . ويعتبر الكثيرون الحرمان من النظر أسوأ شىء يمكن حصوله للإنسان بعد الموت مباشرة حيث أن الدور الذى يؤديه النظر فى حياة الإنسان أسمى بكثير مما يؤديه أى من الحواس الأخرى ، ويزكى هذا الفهم الظروف التاريخية التى صورت العميان فى القصص الخرافية كشحاذين لا حول لهم ولا قوة ، وأظهرتهم كفئة حرمت من مختلف الحقوق تعيش على ما يقدمه إليها الآخرون من عطف وإحسان ، وأمثلة هذه القصص الأجنبية هى "blind fury" و "blind alley" وما إلى ذلك ، ونتيجة لبعض المؤثرات الدينية أو الفهم الخاطىء لمعنى العدالة أو للخرافات اعتبر العامة العمى عقابا عن الذنوب التى اقترفها الآباء أو الأجداد ، وربما ألقوا تبعة العمى على الشخص الأعمى نفسه .

بينما تعطى البيانات السابقة صورة عن الشعور العام نحو العميان فقد تمكنت

الأبحاث من الوصول إلى حقائق علمية عن اتجاه الآباء نحو أطفالهم المصابين بالعمى . وقد بيّن سومرز[1] Sommers خمسة أنواع من تصرف الآباء نحو الطفل الضرير : ١ — القبول ٢ — إنكار وجود أى أثر للعمى على الطفل .

٣ — التدليل والحماية المبالغة . ٤ — الإعراض المقنع . ٥ — الإعراض أو النبذ الظاهر . ويعتبر الطريقتان الأوليان القبول والإنكار تكيفا مرغوبا يتيح للطفل التمتع بالعطف الأبوى ويعمل له تسهيلات أخرى وإن كان له بعض العيوب فربما يعمل الطفل على الوصول إلى مستوى الكمال الذى لا يستطيع أن يحققه ، فربما يخلق فى الطفل المبادئ المثالية التى لن يستطيع إشباعها . وإن التعبير الآتى الذى ذكره سومرز متعلقاً بالآباء ، لهو من الأهمية بمكان فى تكوين الشعور نحو عضو أعمى فى مجموعة "يتوقف فهم الآباء لمعنى العمي كعائق لطفلهم ، وخصوصاً الأم ، على درجة شعورها العاطفى ، كما يتوقف نوع تكيفها على درجة التكوين النفسى للوالد ، وعلى علاقتهما الزوجية وكذلك على انسجامها الشخصى والاجتماعى فى الحياة ". ومن ثم فليس للعمى أثر كبير فى تكوين وتطور الطفل الأعمى مثل ما للخوف والحرمان والأسى الذى ينتج من شعور الأبوين .

وبدراسة تصرفات المراهقين التى قام بها سومرز تبين وجود علاقة مباشرة بينها وبين شعور الآباء تجلت فى الظواهر الخمسة الآتية : —

١ — السلوك التعويضى العادى أو الزائد عن الحد .

٢ — السلوك الإنكارى أى إنكار وجود عاهة .

٣ — السلوك الدفاعى (التبرير والإسقاط) .

٤ — الميل نحو الانطواء .

---

(١) Sommers, Vita Stein : The Influence of Parental Attitudes and Social Environment on the Personality Development of the Adolescent Blind. Am. Foundation for the Blind, N.Y., 1944.

٥ ـ السلوك الدال على عدم التكيف .

والأنماط الأربعة الأولى من السلوك كلها تدل على التكيف سواء إلى الحسن أو السيء ، وإن كان هناك احتمال بعدم قبول بعضها اجتماعياً ، وهذا ينطبق بصفة خاصة على الميل نحو الانطواء على الذات ، حيث إن ذلك يعنى التركيز فى نواحى النشاط الانفرادية مثل الاستماع إلى الراديو كما يلجأ الفرد إلى أحلام اليقظة والتأملات الواسعة التى تتحاشى مواجهة العالم الواقعى ، ورغبة الأعمى فى مقابلة غيره من العميان ، أو التنافس معهم ، يعتبر كذلك نوعاً من أنواع الانطواء وتبين عدم القدرة على التكيف حينما يعجز الفرد عن حل مشاكل الحياة بطريقة مُرضية وليس هناك نمط محدد للسلوك يوضح ذلك ، وإنما يشاهد مثلا التركز حول الذات زائداً عن الحد ، وعدم الاندماج الاجتماعى ، وانعدام التنافس ، وعدم الاستقرار العاطفى ، والعصبية وكثرة القلق ؛ وما إلى ذلك . ولأن هذه الدراسة انصبت على عميان مراهقين فإن العامل فى الميدان سيجد أن معظم النتائج لهذه الدراسة تنطبق على العميان الراشدين وإن حل مشاكل العميان يكون على نفس نمط الأساليب التى تستخدم مع المبصرين ، فرد الفعل عندهم متشابه بالرغم من اختلاف أسبابه .

إن الأخصائيين فى تأهيل العميان الذين يميلون حقاً إلى عملهم لا يستطيعون التخلص من النواحى العاطفية التى تعرض سلوكهم وردود أفعالهم إلى ما يتعرض له آباء العميان ، وإن لم يكن على نفس المستوى من العمق ، على أنهم يكونون فى غاية الفائدة لمرضاهم إذا نما عندهم الشعور بالقبول للشخص ولعاهته ، ولا يعنى ذلك تجاهل أثرها ، بل الاعتراف بها وتكييف أساليبهم لكى تكون مناسبة لها ، كما لا يعنى المبالغة فى حماية الشخص أو تدليله بل مساعدته لكى يؤهل نفسه لحياة استقلالية . وبالتأكيد لا تعنى نبذه بأى شكل ــ سواء كان ذلك مقنعاً أو ظاهراً ــ وفى حالة ما إذا كان لدى الأخصائى شعور سلبى قوى ضد العميان أو ضد العمل معهم (وربما تفسر التجارب الشخصية مثل هذا الشعور) فيجب عليه أن يهجر الميدان صوناً لمصلحته ومصلحة عملائه .

الآثار الحسية للعمى والمشاكل المتعلقة به

عند التعامل مع العميان على أساس علاقة مهنية أو اجتماعية يتساءل المرء عن أثر العمى على حواس وتصرفات الأعمى ، وكذلك على مدركاته وتصوراته . وإن أى محاولات لتخيل أثر العمى بإغلاق العينين غير كافية للتعرف على أثر العمى الذى يحصل عند الولادة ، ويبدو مستحيلا على شخص مبصر أن يتعرف على معنى العمى الكامل، سواء كان ذلك عند الولادة أم فى مراحل العمر الأولى ، والصعوبة هنا لا تقل عن تلك التى يقابلها الأعمى إذا أراد أن يتصور عالم المرئيات فالفئة الأولى ، فئة المبصرين ، لا يستطيع الواحد منهم استخدام حواسه الأخرى بدون الالتجاء إلى حاسة البصر ،وهذا ما لايستطيعه الأعمى وعلى أية حال ، يجب على كل من يعمل مع العميان ، تفهم أثر العمى ، كى يتمكن من أداء مهمته ويزيد من كفاءته. وهناك ثلاث حالات تتغير ظروفها بشكل ملحوظ نتيجة للعمى :—



(شكل ٤)
طفل كفيف يلعب على البيانو

(١) تجارب العالم الحسى : — الأشخاص المصابون بالعمى الكامل يتفهمون العالم بواسطة حواسهم الأخرى غير البصر ، وهم فى ذلك يعتمدون كلية على حواس السمع واللمس وقدرتهم على ضبط اتجاههم . فالسمع يعطى فكرة عن بُعد المسافة عن الشىء واتجاهه ، ولكنه لا يعطى أى معلومات عن طبيعة الشىء وفائدته

الأساسية . إذن تنحصر فائدة السمع فى التفاهم والمعلومات الشفوية ، أما تمييز المساحة ، فيكون بواسطة اللمس ، وتقوم حواس ضبط الاتجاه بدور كبير فيه . ولكن التمييز بواسطة اللمس لا يكون له أثر جدّى إلا إذا كان هناك اتصال مباشر بين الأعمى والشيء نفسه ، وهذا يحد من قيمة هذه الحاسة . فهناك أشياء لا يمكن لمسها مثل الشمس والسحاب والأفق ، كما أن هناك أشياء صغيرة ودقيقة جداً يصعب لمسها كبعض الحشرات والأزهار ، كما أن هناك أشياء كبيرة جداً يصعب على الأعمى تفهمها أو تحديدها مثل المبانى الكبيرة والجبال ، هذا فضلا عن أن الأشياء المتحركة أو التى لها ظروف خاصة مثل الاحتراق أو الطبخ لا يمكن لمسها ، حيث أن ذلك يعنى تغييراً فى طبيعتها ، أو خطر يحدق بالأعمى من جراء لمسها . وينبغى أن يكون من الواضح أن النظر أوقع من اللمس لأن العين مفتوحة دائماً ومستعدة لاستقبال مختلف المؤثرات من العالم الخارجى على حين أنه لا بد من اللمس عمليا لكى يحصل الشخص على بعض الأفكار عن الشيء الملموس . ولكن فى الوقت نفسه نجد أن للمس بعض الميزات ، فهو يسمح بتفهم صفات لا يستطيع النظر تمييزها مثل الثقل ، والحرارة ، وصفات السطح الخارجى .

وتمييز اللون — بعكس المساحة — هى خاصية بصرية نتيجة لتأثر شبكية العين ، وعلى ذلك ، فالمصابون بالعمى الكامل لا يمكنهم تمييز اللون إطلاقا بالرغم من أن لديهم أفكاراً بديلة عن الألوان أوحتها حواسهم الأخرى وما يتذكرونه من محادثات شفوية أو ارتباطات انفعالية أو شرطية ، فاللون الأزرق مثلا ربما أمكن تفهمه بربطه « بالسماء الزرقاء » ، وعلى هذا فإن مختلف الإحساسات والانفعالات التى يوحيها الطقس الجميل يمكن أن تؤدى إلى آراء بديلة عن اللون الأزرق . وليست هذه الأفكار فقط ذات قيمة ذاتية كمكونات لعالمه الخاص ، بل تمكنه من التفاهم مع المبصرين بتعبيرات مشتركة برغم التجارب والخبرات الأساسية .

ومما تقدم يمكن القول أن الإدراك المكانى والمدركات والخبرات اللونية هى

مناطق الاختلاف بين من يولد أعمى وبين المبصرين .

(ب) الحركة :— إن الأعمى لا يستطيع الحركة بنفس الخفة أو المهارة التي يستطيعها المبصر بغية تغيير محيطه أو للحصول على فرص الحركة والملاحظة للأشياء . وإن هذه الظاهرة غير ملموسة بدرجة كبيرة فى محيط المنزل أو المدرسة الداخلية حيث تتوفر فيهما الرعاية ، ولكن حينما يكبر الطفل ويخرج عن دائرة بيئته ، تقابله مهام تضطره إلى التكيف مع عالم المبصرين . وهنا يصبح التعود على الحركة عاملا مهماً يحمل فى طياته معانى جديدة ، فمثلا إذا نقل الصغير أو تخرج من المدرسة الابتدائية والتحق بمدرسة ثانوية كان عليه أن يزاول نواحى نشاطه فى بيئة أخرى مختلفة . ولهذا يجب تشجيعه وتعليمه أن ينمى قدرته على الحركة حتى لا يقف ذلك حائلا دون نجاحه . وفى الحالات المتطرفة لا يتوقع الأعمى مساعدته على الحركة فقط ، بل تتولد عنده تدريجاً الحاجة إلى المساعدة فى كل شيء آخر . وإزاء هذه الحالة يتعود الأعمى على درجة من الحماية تعود به القهقرى إلى عهد الطفولة . ولكن الانتقال من بيئة لأخرى تتحدى قدرته على الحركة ، ربما يولد لديه شعوراً يضايقه ، فربما يرفض ويثور ضد أى مساعدة تقدم له فى نواح كثيرة يعلم أن المبصرين يؤدونها بأنفسهم دون الاعتماد على غيرهم ، وربما تطور ذلك إلى كراهية عامة لمجتمع المبصرين . وأى هذين الشعورين (التراجع إلى الطفولة أو التمرد والعداء لمجتمع المبصرين) إذا ما استمر يعنى الشعور بعدم الأمان ويستلزم توجيهاً دقيقاً لاستعادة ثقة الأعمى بنفسه .

ويجدر بالأبحاث والتدريب على الحركة أن تأخذ فى الاعتبار المهارتين اللازمتين للحركة وهما « الحركة الجسمية — وإعمال الفكر » ويقصد بالحركة الجسمية الانتقال من مكان لآخر مع تلافى أى عوائق تكون موجودة . وأما إعمال الفكر فيقصد به « قدرة الشخص على التعرف على الأشياء المحيطة به وتمييز العلاقات بينها سواء العلاقات الزمنية والمكانية بالنسبة له » وكلا المهارتين لازم للحركة والتنقل . وتستهدف تدريبات الحركة تنمية أقصى درجة من الاعتماد على النفس

بتهيئة الظروف المناسبة لإمكانيات الشخص وتشجيعه على استخدام معدات المساعدة التى تتناسب مع ظروفه الخاصة .

وفضلا عن قدرة الشخص على الحركة بدون مساعدة فى محيط الأماكن التى يعرفها ، وربما الأماكن التى لا يعرفها تماما ، فهناك ثلاثة أنواع من المساعدة يمكن للأعمى استخدامها حسب حاجته : (المساعدة البشرية — الكلب المرشد — العصا) ، والمساعدة البشرية الرشيدة هى أضمنها وأكثرها أمناً ، لكنها تنطوى على درجة كبيرة من الاعتماد على غيره ، هذا علاوة على أن استعارة (بديل عن العين) ، يكلف كثيراً . أما الكلب المرشد المدرب تدريباً كاملا فإنه ينبه صاحبه الأعمى إلى الطريق الخالى من العوائق ، حيث يستطيع التحرك بأمان ، ولذا يعتبره بعض العميان ذو قيمة كبيرة فى مساعدتهم على الحركة . وهناك آخرون يشعرون بالخجل أن يرشدهم حيوان ، كما يتضجرون من مصاريف إطعام الكلب . أما العصا (وتلون بالأبيض لغرض التمييز) ، فإنها إذا استعملت بالطريقة الصحيحة ، ترشد الأعمى إلى وجود منطقة يمكن لقدميه التحرك فيها . وبالطبع يكون بقية جسمه من أعلا بدون حماية . وباستعمال الكلب المرشد أو العصا يتمكن الأعمى من تلافى العوائق التى ربما وجدت فى طريقه ، إلا أنه يظل مسئولا عن جانب إعمال الفكر ، ومن ثم يجب أن يكون لديه صورة ذهنية واضحة ومضبوطة عن هدفه ، وعليه أن يحافظ على علاقته بهذا الهدف .

(حـ) التحكم فى البيئة : — لا يمكن للأعمى أن يعرف بيئته ومكانه منها بسرعة وبمجرد النظر حوله ، بل الوسيلة هى ما يحصل عليه عن طريق السمع أو الشم أو اللمس ، وفى هذه الحالة تكون المعلومات التى يحصل عليها غير كاملة وغير ذات قيمة كبيرة بحيث تسمح له بالتحكم فى بيئته وفى نفسه بالنسبة لها ، ويكون لذلك أثر كبير على تطور الأعمى . فالطفل الأعمى لا يحبو نحو الأشياء لأنها لا تجذبه ، ولكن ذلك لا يمنعه عن المشى أو التقاط الأشياء إذا كان هناك دافع كاف لذلك . وفى مرحلة نموه يكون تعليمه بطيئاً لأنه لا يستطيع التقليد

المبنى على الإبصار ، وعلى ذلك فهو لا يستطيع مجاراة الجماعة . كما أن التصرفات اليومية السهلة على المبصر مثل تناول الطعام تتخذ عنده أشكالا مختلفة لأنه لا يستطيع التحكم فيها بنظره . هذا فضلا عن أن شعوره بأن الآخرين يرمقونه بأعينهم مما يجعله متيقظاً لأخطائه ولأخطاء من حوله ، ومن ثم فالعامل الأعمى يجد صعوبة فى تكيف نفسه بمكان عمله ، وبناء عليه يحتاج إلى مساعدة لتأهيله فى عمله ، وعلى أية حال ، فالعامل الأعمى يقوم بمهمته خير قيام إذا ما تمت مساعدته فى مراحل العمل الأولى .

ومن البيانات السابقة ، يتبين أن الشخص الأعمى أكثر تعرضاً للإجهاد العصبي ، والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل التى ربما تسبب له التوتر وربما تؤثر على صحته النفسية .

وفى هذا العرض لأثر العمى على الحواس لزم تأكيد مختلف الفروق والتغييرات الناشئة عن عاهة العمى . ولا داعى للإفاضة فى المتشابهات أو الحالات المماثلة فيكفى التأكيد أن العميان يسيرون من حيث تطورهم وكفاءتهم ورغباتهم وشعورهم العاطفى فى نفس الاتجاه الذى يسلكه الآخرون فيما عدا ناحية تمييزهم للمساحة وبعد المسافة المكانية .

وهناك مشكلتان خاصتان بالعميان ومتعلقتان بوظائف الحواس أجريت عليهما أبحاث علمية واسعة وهما : —

(ا) تعويض الحواس : — وهذا اعتقاد شائع كان له أثر كبير فى المراحل الأولى لأبحاث العميان ، لكنه كان اللبنة الأولى نحو القياس الصحيح ، وبمقتضاه يؤدى فقد البصر إلى زيادة حدة الحواس الأخرى ، وبالرغم من ذلك أثبت البحث العلمي والمقارنة أنه لا يوجد فارق بين الأعمى والمبصر من حيث درجة الحدة فى حواسهم ، بل أن بعض الأبحاث بينت أن فقد البصر يؤثر تأثيراً عكسياً فى قوة أداء الحواس الأخرى .

وبالرغم من أن فقد البصر لا يغير فى حدة الحواس الأخرى ، إلا أن الأعمى

ربما يستغل حواسه بطريقة أفضل وأوقع لأن فقد البصر يستدعى تسخيراً أكبر للحواس الأخرى ، فيركز اهتمامه لالتقاط وتفهم المعلومات غير البصرية ، ومن ثم فالتجربة والتركيز ينتجان استعمالاً أفضل ، ومهارة أكبر ، فى استغلال الحواس كاللمس أو الشم أو السمع .

وفى مجال حاسة الشم ، نستطيع أن نذكر ما قالته الدكتورة هيلين كيلر التى مرت بمصر عام ١٩٥٣ إذ كانت تقول « إنى أعرف بمجرد الشم المنزل الذى أدخله ، ولقد أمكن أن أتعرف على منزل ريفى قديم الطراز عن طريق ما تركه السكان الذى توالى سكنهم فيه ، من روائح الأشياء والعطور والأقمشة ، وكان يمكن أن أعرف نوع العمل الذى يقوم به بعض الأشخاص من الروائح العالقة بهم مثل روائح الخشب أو الحديد أو البوية أو العقاقير الطبية أو الخضروات وما يتركها كله أو بعضه فى ملابس الذين يعملون فى هذه النواحى المختلفة ، وهكذا أميز النجار من الحداد والفنان من الكيماوى . . . الخ وحين يتحرك شخص من مكان إلى آخر فى شىء من السرعة يمكن أن أدرك عن طريق حاسة الشم ، المكان الذى كان به فى المطبخ أو الحديقة أو حجرة المرضى . . . ألخ ويساعدنى فى هذا الإدراك ما يعلق بهذا الشخص من الروائح المختلفة مهما كانت خفيفة . وأشعر بارتياح كبير حين أستنشق روائح الصابون العطرى وماء الزينة والمنسوجات الحريرية والصوفية والقفازات النسائية المعطرة » .

وقد أثبتت الدراسات المختلفة أن تفوق العميان فى التمييز عن طريق الشم يرجع إلى تدريب هذه الحاسة كوسيلة من وسائل تعرفهم على البيئة المحيطة بهم دون أن تكون هناك قدرة خاصة فائقة يتميزون بها عن المبصرين .

ونفس هذا المبدأ ينطبق على حاسة اللمس ، فقد أثبتت دراسات جريشباخ لقياس دقة حاسة اللمس بواسطة الاستزيومتر * أنه ليس هناك دليل على أن

* الأستزيومتر — وفيه دبوسان متوازيان يدوران حول زنبركين يعملان عمل الفرجار العادى ، ويستخدم الجهاز لقياس أقل مسافة بين مثيرين مختلفين فى وقت واحد ؛ بحيث يشعر بهما موضوع التجربة على أنهما مثيران مختلفان فى نفس الوقت .

الأعمى أدق إحساساً من المبصر بل فى بعض الأحيان ثبت العكس .

ونفس المبدأ ينطبق أيضاً على حاسة السمع ، فمعاهد العميان تعطى عناية كبيرة للحاسة السمعية ، فالمسألة هنا تنحصر فى التدريب المتواصل للحاسة السمعية بحيث تجعلها تدق وترهف بدرجة يسهل فيها على الأعمى أن ينميها ، فيصل إلى درجة الإتقان كأى عازف ماهر .

إذن نستطيع أن نقول إن التعويض الحسى لاوجود له بين العميان والمبصرين ، وأن المسألة تتوقف كلها على مدى تدريب الحواس على عمل معين .

فالأعمى يكتب ويقرأ بطريقة اللمس المعروفة بطريقة بريل وهذه تعتمد على التمييز باللمس لنقط بارزة مرتبة فى مجموعتين من ثلاث فقط . وتكوين أشكال مختلفة من هذه النقط الستة ترمز إلى الحروف الهجائية وإلى اختصارات أخرى كثيرة .

والأصابع التى تستعمل فى قراءة اللمس لا تنبئ عن أى زيادة فى حساسيتها بالرغم من أن لها قدرة عجيبة على ترجمة البيانات الملموسة .

ولقد وصف كارل ويس Carl-Weiss [١] ما يمكن للأعمى القيام به مستنداً فى ذلك على خبرته الشخصية فقال « بواسطة السمع يمكن للأعمى أن يتعلم كيف يزن شخصية فرد أمامه وعن طريق تجارب واسعة يمكنه أن يتعلم تمييز لهجة الصوت التى تصاحب الحالة النفسية المتعلقة بمختلف درجات العواطف . أما مدى قدرته على ربط مختلف حالات الصمت بمختلف العواطف فيتوقف إلى حد كبير على ذكائه وثقافته ومقدار تجاربه فى الاحتكاك بالناس . حتى أنه يمكن للأعمى أن يميز بين الطيور بمجرد سماع صوتها وبين الأشجار بسماع صوت مرور النسيم خلال أوراقها كما يمكنه الاستمتاع بسماع الموسيقى . »

وبنفس الطريقة يمكن تنمية حاسة اللمس حيث يوجد مجال واسع ، فالأعمى

---

(١) Weiss, Carl: Reality aspects of Blindness as they Affect Case Work. "The Family" 1946.

يميز بين الخشونة والنعومة ، درجة الحرارة والبرودة ، الصلابة والليونة ، الجفاف والرطوبة ، الثقيل والخفيف ، الزوايا والمنحنيات ، والحدة والرقة ، والاستقامة ، النبض والاهتزازات ، وكذلك بواسطة التسليم باليد أو لمس الذراع .

وزيادة على ما تقدم ، يمكن للأعمى بواسطة قدمه أو كعبه أو مقدم خطوته أو جوانبها أن يميز طبيعة الأرض التى يمشى عليها كأن تكون مثلا أسفلت أو حصى أو ترابا وطينا أو حشيشا . وبيديه يمكنه أن يميز لباب الأشجار أو طبيعة أوراقها أو نبات الأزهار . بل إنه يستطيع بحاسة لمسه أن يميز بين الكلب الإيرلندى وكلب الغنم لكنه لا يميز بسهولة بين كلبين إيرلنديين من نوع واحد ، ومعنى ذلك أن حاسة اللمس لا تستطيع تمييز التفاصيل الدقيقة . زد على ذلك أن الشخص الأعمى يمكنه الاستمتاع بأريج الأزهار والفواكه الطازجة ورائحة العطور إلى غير ذلك .

٢ — تمييز العوائق والصعوبات :—إن قدرة العميان على تلافى العوائق بدون الاحتكاك المباشر بها هى ظاهرة لاحظها الكثيرون منذ مدة طويلة ، وكانت مثار نقاش وبحث طويلين . وقد قامت مؤخراً جامعة كورنل[١] بعمل تجارب اعتبرت قاطعة ، أثبتت بها أن العوامل والمؤثرات السماعية لازمة وكافية لتمييز العوائق . وفى هذه التجارب طلب من أشخاص عميان ومبصرين الاقتراب من حائط أو شاشة كما طلب منهم التبليغ حينما يحسون بالقرب منها والوقوف قبل الاصطدام بها . وقد استعمل فى هذه التجارب مختلف الأجهزة لتقليل أو إزالة ما يؤثر على الحواس. واتضح منها أن تأثير تيارات الهواء أو الصوت أو انعكاس التنفس على جلد الشخص لم يكن له أى أثر فى قدرته على تمييز العوائق كما اتضح أن العوامل السماعية وخصوصاً فى حالة الموجات الصوتية العالية كانت ذات أثر كبير فى تمييز هذه العوائق . وتختلف القدرة على تمييز العوائق من شخص لآخر ولا تقتصر على

---

(١) Supa, M. & Others : "Facial Vision", The Perception of Obstacles by the Blind. The Am. J. Psy., 1944 pp. 133-183.

العميان . لكن هناك من البراهين ما يدل على أن المران المنتظم المتواصل يؤدى إلى القدرة على تمييز العوائق بسرعة كافية .

وتعتبر القدرة على تمييز العوائق عاملا واحداً من عوامل كثيرة تسهم فى تسهيل حركة الشخص إذ أنه يتجاوب بكل حواسه للموقف الذىهو فيه كوحدة ، كما أن حاسة سمعه دائماً متيقظة لجميع أنواع الأصوات بما فى ذلك الأصداء . كما يترجم الروائح التى تأتى من مختلف المصادر ، ويلاحظ تغيرات درجة الحرارة أو تيارات الهواء فضلا عن أن قدميه تشعر بطبيعة الأرض التى يمشى عليها ، هذا إلى أنه يلاحظ المسافة على أساس من الوقت والحركة أو الصوت وبالاختصار يستفيد من أى معلومات يمكنه الحصول عليها لكى يوجه حركته ، كما أنه يربط هذه المعلومات بعضها ببعض ويستغلها كوحدة ليكون فكرة عن الموقف الذى هو فيه .

العوامل الخاصة التى تؤثر فى حالة الأعمى

عند الاتصال بشخص أعمى يجب الأخذ فى الاعتبار أن هناك ظروفاً وعوامل خاصة تنتج أو تتأثر بعماه وأنها تعتبر محددات رئيسية لتصرفاته ،وعن طريقها يمكن تفسير اتجاهاته ، والعامل المركزى فى حالته كما فى حالة أىفرد آخر هو شخصيته . فالشخصية هى التنظيم الجسمى النفسى للفرد والذى يتكيف تبعاً لتجاربه فى الحياة وتحدده عوامل البيئة والوراثة — ولذا يتعين أن تشتمل أى معلومات عن شخصية الفرد على بيانات استيضاحية عن الجنس،العمر،مركز العائلة ، الحالة الاقتصادية ، الخبرة والتجارب فى الماضى ، التعليم ، تجارب العمل . . . الخ. كما يجب الاهتمام بصفة خاصة بأى بيانات إضافية عن أى عوائق أو عاهات جسمانية يحتمل وجودها لدى الشخص الأعمى ، فمثلا ضعف السمع يكون ذا تأثير خطير جداً لأنه يتعارض مع قدرة الأعمى على الاختلاط

الاجتماعي وعلى حركته ، وفضلا عن هذه العوامل العامة فهناك عوامل خاصة ذات صلة مباشرة بعاهته البصرية ، فتطور الشخص الأعمى وتكيفه لعاهته يتأثران كثيراً بالعوامل الآتية : —

١ — درجة النظر : — كما هو مبين سابقاً فى تعريف العمى أن اللفظ يشمل مدى واسع ويختلف من العمى الكامل إلى قدر معين من الإبصار وفيما بين الفئتين أشخاص لا يسمح لهم نظرهم إلا بتمييز يسير للأنوار أو الأضواء المتحركة ، وهناك هؤلاء الذين يمكن قياس نظرهم بواسطة جدول سنيلين Snellen Chart — وإن أى عيب من تلك التى سبق ذكرها فى التعريف لا بد أن تؤثر على شخصية الأعمى وعلى قدرته على التنقل أو العمل . والحدة البصرية كما يقررها الاختبار ليست دائمة دليلا قاطعاً على سلامة نظر الشخص أو الكفاءة البصرية حيث إن بعض الناس ضعيفى النظر ربما استعملوا نظرهم بشكل أجدى من ذوى النظر الحاد ، وربما يرجع سبب ذلك إلى عوامل شتى مثل الذكاء العام ، مؤثرات البيئة وربما أيضاً تتدخل بعض العوامل الوراثية كالميل إلى أنواع خاصة (تصورية بصرية ، سماعية) وخصوصاً إذا كان الشخص قد أصيب بالعمى مؤخراً فى حياته بعد أن يكون قد كوّن بعض العادات الحسية وغيرها .

٢ — أسباب العمى : — وتبدو أهمية هذا العامل حينما يتبين أن بعض عيوب النظر تنتج من أمراض جسمانية لا تصيب العين وحدها ولكنها تحتاج إلى علاج عام كالتدرن الرئوى مثلا . وربما كان سبب العمى هو نفس السبب المؤدى إلى مشاكل الفرد الأخرى والتى يجب معرفتها وأخذها فى الحسبان لكى يمكن تقدير كفاءته ورسم خطة مستقبله — فربما تبين نتيجة للدراسة أنه يجب الابتعاد عن بعض نواحى النشاط حتى لا ينتج عنها عوائق أخرى ، ومثال ذلك الانحناء أو رفع أوزان ثقيلة أو صدمة مفاجئة يتسبب عنها انفصال شبكية العين وينبغى الحصول على تقرير طبى شامل حتى يمكن رسم مستقبل المريض على أساس وطيد — وبالإضافة إلى هذه الدراسة الطبية ينبغى دراسة العوامل النفسية الهامة

كتلك التى تبدو فى حالة الجنود الذين أصيبوا بالعمى وقت الحرب ، ليس نتيجة للأعمال الحربية بل لأسباب أخرى . ومن الناحية السيكولوجية نجد أن هناك فرقاً كبيراً بين تصرفات شخص أصيب بالعمى نتيجة لمرض السكر ، وبين تصرفات شخص آخر حاول الانتحار ملحقاً الضرر بأعصاب نظره ومسبباً عماه .

٣ — السن عند حدوث العمى : — الأشخاص الذين يولدون عمياناً أو يصابون بالعمى فى صغرهم أو فى أوائل حياتهم أو فى كهولتهم يلاقون مشاكل مختلفة ويحتاجون إلى خدمات وأساليب مختلفة لتدريبهم. والسؤال عن أيهما أسهل أن يولد الشخص أعمى أو أن يصاب بالعمى فى إحدى مراحل حياته ، سؤال يفتح مجالاً واسعاً للبحث . فكل حالة لها مشاكلها وصعوباتها الخاصة التى يمكن التغلب عليها فيمكن للشخص أن يعيش بعدها معيشة مناسبة . أما إذا تعذر التغلب على مشاكل هذا الشخص بشكل مُرضى فإن العمى سواء كان عارضاً أم قبل الولادة يصبح مصدراً للتعاسة ، فالسن التى يحصل فيه العمى هو الذى يقرر مدى إمكان الالتجاء إلى التصور البصرى لأن الأشخاص الذين يصابون بالعمى فى سن الخامسة وقبلها لا يستطيعون الاحتفاظ بالقدرة على تصور تجاربهم وخبراتهم السابقة ، أما الذين يصابون به بعد هذه السن يمكنهم ذلك . وسنوضح فيما بعد الفرق بين من يولدون عميانا وهؤلاء الذين يصابون بالعمى مؤخراً فى حياتهم .

٤ — كيفية حدوث العمى : — يحدث العمى إما بشكل مفاجىء أو تدريجاً وببطء ، والعمى المفاجئ يحدث كصدمة لا يفقد فيها الشخص أغلى حواسه فحسب ، بل يحس أيضاً نحو العمى حينئذ بنفس الشعور والاتجاه الموجود لدى الجمهور العادى تجاه المصابين بالعمى — وتتجسم لديه الأفكار أنه أصبح عاجزا ، وأنه أصيب بمأساة ، وأنه أصبح فى خطر من الناحية الاقتصادية ، وأنه غير قادر على أداء مهمته رجلا كان أم امرأة ، كما أنه يشعر بخوف من الظلام . كل هذه الأوهام تنتابه نتيجة لإصابته بالعمى ، وربما نتج عنها الانطواء والتبلد الانفعالى الشديد كما قد تنتابه أفكار تتجه نحو الانتحار . أما فى

حالة العمى التدريجي فيغلب الشعور بعدم الاستقرار وعدم الأمان ومن ثم لا يقتنع الشخص برأى طبيب واحد ، بل يتعلق بأى إشارة تؤدى إلى الأمل . ويلجأ لكثيرين غيره من الأطباء . وغالبا لا يستطيع الطبيب الأخصائي أن يجزم وأحياناً يحجم عن ذكر رأيه فى فرص شفاء بصر المريض فيتسبب بذلك فى تأجيل الشعور بالخوف وعدم الاستقرار لفترة ما من الوقت . وبالرغم من تجاذب تيارات الشعور المختلفة فإن طبيعة البشر هى التعلق بالحياة والأمل وفى معظم الحالات تتغلب هذه الطبيعة ويبدأ الشخص فى تكييف حياته — على أن هذه عملية بطيئة وتبدأ حينما يحصل الشخص تدريجياً على الثقة بنفسه .

٥ — حالة العين ومنظرها : — ويجب أخذ هذين العاملين فى الاعتبار بسبب أهميتهما من النواحى العاطفية والاجتماعية والاقتصادية ، فإحساس الشخص بتغيير حالة العين أو بخطر حدوث هذا التغيير يسبب له حالة من القلق والاضطراب وعدم الراحة والتوتر ، على أن تشوه الوجه بسبب ظهور العين المصابة ربما يستدعى إجراء جراحة تجميلية لتلافى الأضرار الاجتماعية والاقتصادية . وللسبب السالف ولأسباب طبية أخرى ، ربما كان من المستحسن استئصال العين . وغالباً ما يقابل هذا الإجراء باعتراض قوى من المريض لأنه يقضى على كل أمل عنده فى استعادة نظره ، على أن هذا التصرف غير منطقى وربما يكون راجعاً إلى أسباب عميقة أخرى خفية . وعلى أية حال ، فإن استئصال العين غالباً ما يحرر الشخص من شعوره العاطفى الذى نشأ من اعتقاده أن وجهه مشوه كما يزيل عنه آلام المرض الذى كان موجوداً بمقلة عينه . وفى حالات كثيرة يوصى الطبيب الأخصائى باستخدام نظارة طبية لتعطى أحسن إبصار . وغنى عن البيان أنه يجب بذل كل اهتمام وعناية عند تقرير أوصاف النظارة وعند تركيبها وكذلك عند صيانتها .

ويجب مراعاة جميع العوامل السابقة بدقة عند تقدير كفاءة الشخص الأعمى وعند بذل أى معونة تساعده على التكيف إزاء موقفه الجديد .

التكيف نحو العمى

الرضا بالعمى وقبوله :

تختلف مشكلة تنظيم الأعمى لحياته وتكيفها حسب وقت الإصابة بالعمى ، فهناك من ولدوا عميانا والذين أصيبوا بالعمى فى حياتهم المبكرة أو هؤلاء الذين أصيبوا به فى الكبر .

١ — العمى المبكر : — إن لعوامل البيئة أثر كبير على من ولدوا عميانا أو الذين أصيبوا بالعمى فى طفولتهم المبكرة ، وعلى ذلك فتعليم العميان فى المدارس الداخلية أو العامة يجب أن « يستهدف إلى مساعدة الطفل الأعمى على تفهم الحقائق المحيطة به ، وعلى تنمية روح الثقة بالنفس لمجابهة هذه الحقائق ، وليفهم كذلك أنه شخص مقبول فى مجتمعه فى سياج ما يتمتع به من حقوق »[١] . وأساليب التعليم يجب أن توجه نحو إشباع حاجات الأطفال العميان من كافة النواحى وخاصة من الناحية الحسية والعاطفية تمهيداً لإدماجهم فى مجتمعهم والاختلاط الملائم فى الوقت المناسب . ويجب الاستفادة من الطرق والأساليب العلمية والسيكولوجية مما يؤدى إلى مصلحة الطفل وسلامة صحته النفسية وإسعاده .

إن الشخص الذى يولد أعمى أو يصاب بالعمى فى أوائل حياته يواجه ظروف بيئية يكون لها أكبر الأثر فى مستقبل حياته الذى يؤدى فى حالات كثيرة إلى ضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمن والتبعية للغير . والواقع أن تجارب الطفولة الأولى تعتبر فى غاية الأهمية لتقرير اتجاهات الشخص فى المستقبل . ومما لاشك فيه أن مجموع العوامل المتعلقة بالتربية فى المنزل والمدرسة وآثار العمى على الحواس

---

(١) Loweafeld, Berthold : Psychological Foundation of Special Methods in Teaching Blind Children. p. 89.

من حيث الشعور بالحسرة وعدم الأمان، وإخفاق المنشآت التعليمية فى إيجاد علاج مبكر، كل هذه العوامل تسبب الشعور بالظلم والحاجة الملحة للعلاج النفسى . على أن العدد الضخم من العميان من الرجال والنساء الذين يساهمون بقدر وافر فى مختلف مسئوليات الحياة فى شتى ميادين العمل لدليل قاطع على أن الأشخاص الذين أصيبوا بالعمى فى حياتهم المبكرة يمكنهم تحقيق قسط وافر من التكيف والرضا الشخصى والاجتماعى والاقتصادى .

٢ – العمى المفاجئ : – يختلف الموقف لشخص أصيب بالعمى مؤخراً عما تقدم . فإصابة الشخص بالعمى المفاجئ يلقى عليه جميع القيود والمضايقات المتعلقة بهذه العاهة ، وأخطرها تعذر الحركة بسهولة وعدم القدرة على التحكم فى البيئة ، وهذه القيود مضافاً إليها شعور الشخص بأنها ستلازمه طوال بقية حياته تصبح فى غاية القسوة والألم . ومثل هذا الشخص يتصرف نحو مأساته بنفس الطريقة التى يتصرف بها الأشخاص الذين يعيشون فى مواقف شاذة وتحت ظروف غاية فى القسوة .

وقد قام ويتكوار وديفنبورت [1] Wittkower & Davenport ببحث شعور الجنود الذين أصيبوا بالعمى فى أثناء الحرب وبيّنا أن الشخصية السابقة، والبيئة، والموقف الاجتماعى والمهنى ، وكذلك الزمن (الوقت) هى العوامل الخمسة التى تقرر اتجاه الشعور بعد حصول الصدمة ، كما بيّنا نتيجة لبحث ١٠٣ حالة أن ٢٩٪ منهم أصيبوا بالانقباض و ١١٪ بالاستياء والتبرم و ٢٤٪ بالتحدى والنزال والمنافسة و ١٣٪ بالانشراح والابتهاج و ٨٪ بالتسليم وعدم الاكتراث و ١٥٪ بتصرفات غير طبيعية . وقد عملت هذه الإحصائية بعد أن مر الأشخاص بالمرحلة الأولى من إصابتهم بالعمى ، وبعد أن طبعت تصرفاتهم بالاستقرار النسبى وعلى

(١) Wittkower, E. & Davenport, R.C.: The War Blinded : Their Emotional, Social, and Occupational Situation. In "Psychosomatic Medicine". March-April, 1946. pp. 121-137.

ذلك فالنتيجة توحى أن نسبة ضئيلة منهم كان لها تصرفات غير طبيعية وهؤلاء يحتاجون لمساعدة الأخصائيين النفسيين .

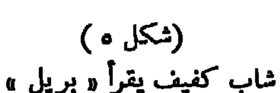
وتقبل العمى والتسليم به عملية تتوقف على تفهم الشخص لإمكانياته وموارده وصفاته واستعداده للاستفادة منها ، وهذا يعنى التعلم من جديد لاستغلال مختلف الكفاءات لاستعادة الكفاية الاجتماعيه والاقتصادية . وهنا يمكن للأخصائى أن يقدم للأعمى مساعدات جليلة . وتعطى هذه المساعدات فى مؤسسات التأهيل الخاصة أو بواسطة أخصائى التأهيل فى المنزل إذا كانت ظروف البيئة هناك مواتية . ويجب أن يكون الأخصائى ملماً بالأسس العامة للعلاج النفسى وأن يكون ملما بالمعلومات الخاصة التى تمكنه من تدريب العميل على الحركة والقيام بمهام شخصية ومنزليه أو القراءة والكتابة. وبديهى أن التوجيه المهنى والتدريب والاستقرار فيه والتشغيل والمراقبة التى تعقب ذلك ، كل هذه عوامل لازمة لتحقيق النجاح . ويجب التأكيد أن الأعمى لا يمكن تأهيله فى فراغ لا نهائى إذ على بيئته الاجتماعية كذلك أن تغير من نظرتها إلى العميان وأن تتعود أن تقدرهم حق قدرهم بطريقة واقعية .

اختبارات العميان

اعتمدت معظم المعدات العلمية لاختبار ذكاء العميان وهواياتهم ومهاراتهم على الاختبارات والمقاييس التى وضعت أساساً للمبصرين ولكن بعد تنقيحها لتناسب العميان . وهناك مشاكل كثيرة تقابل من يرغب فى تنقيح هذه المقاييس لتناسب العميان جميعاً لأنهم أقلية بالنسبة للمبصرين كما أنهم مبعثرون ولا يوجد تناسق بينهم إذ تختلف نسب قدرتهم على الإبصار كما تختلف أعمارهم وظروف إصابتهم بالعمى وصفاتهم الشخصية الأخرى .

والاختبارات التى توضع بطريقة بريل Braille يمكن للعميان قراءتها بسرعة

تعادل ثُلث تلك التي تلزم للقراءة عند المبصرين ، كما أن القدرة على قراءة بريل تتفاوت كثيراً بين العميان الكبار . ويمكن قراءة كثير من الاختبارات بصوت مرتفع يقوم العميان بتسجيل إجاباتهم عليها إما شفوياً أو بطريقة بريل أو بكتابتها على الآلة الكاتبة أو بأى طريقة أخرى رمزية . ولكن ملاحظة عامل الزمن وحدوده فى هذه الحالات تؤدى إلى صعوبات جديدة إذ يلاحظ أن بعض أسئلة الاختبارات تنصب على موضوعات لا



(شكل ٥)
شاب كفيف يقرأ « بريل »

يلم بها العميان حيث إنهم لم يمارسونها بنفس الدرجة كالمبصرين الذين وضعت الاختبارات من أجلهم ونجد فى الفصل الأخير كشفا لبعض اختبارات الذكاء والاختبارات التحصيلية وبعض اختبارات القدرات التى أمكن تعديلها لتناسب العميان . وهناك اختبار واحد للشخصية صمم خصيصاً للعميان الكبار .

ومع ذلك يمكن استعمال كثير من اختبارات الشخصية التى لا تعتمد على الوسائل البصرية لقياس شخصية العميان بعد تعديل يسير [١] .

وليس هناك أدنى شك فى قيمة هذه الاختبارات فى التشخيص ولكن يجب النظر إليها بشىء من التحفظ وخصوصاً عند التفكير فى تقنينها إذ أن تفاوت العوامل واختلافها تقلل من ثبات هذه الاختبارات وصحتها .

---

(١) Bauman, Mary K. & Hayes, Samuel, P.: A Manual for the Psychological Examination of the Adult Blind. The Psychological Corporation, N.Y. 1951

توجيهات عامة فى معاملة العميان

فيما يلى بعض البيانات التى تهم الأخصائى الذى يتعامل مع شخص أعمى لأول مرة والتى يهمه مراعاتها هو نفسه وعميله الأعمى بشىء من الارتياح : —

١ — عند قيادة شخص أعمى ، قدم له يدك ودعه يمسكها ثم امشى أمامه عن قرب حتى يمكنه ملاحظة صعودك السلم مثلا أو نزولك فى الوقت المناسب لتصحيح وضع نفسه . تأكد فى أول مرة أنه يتبعك بإخباره أن يصعد أو ينزل ، ثم أشر إليه بواسطة التأنى قليلا كلما كان الصعود أو النزول لازما .

٢ — إذا أردت من شخص أعمى أن يجلس ضع يده على ظهر الكرسى فيقوم هو بالجلوس . وإذا كان يركب سيارة ضع يده على أعلى هيكل باب السيارة واتركه يكمل الباقى .

٣ — حينما تتكلم مع شخص أعمى استعمل صوتك العادى فإنهم يسمعون جيداً ثم لا تضطرب ولا تتردد من استعمال « هل ترى » و « انظر » ففى معظم الحالات يفهمها هو أيضاً على أنها بديل لكلمة « هل أنت فاهم » .

٤ — حينما تدخل أو تخرج من حجرة تكلم مع الشخص الأعمى حتى يعرف ما إذا كنت موجوداً أم خرجت ، وافعل ذلك أيضاً حينما تجلس حتى يعلم أين جلست .

٥ — اجعل الأبواب إما مفتوحة تماما أو مغلقة تماما. فالباب نصف المفتوح عقبة خطيرة أمامه .

٦ — إذا كان يدخن أعطه مطفأة للسجاير فى يده أو قل له إنها على المكتب أمامه — ولا تحرك الأشياء التى يستعملها فإنه يعتمد على وجودها فى أماكنها المعهودة .

٧ ــ إذا أردت التسليم على أعمى فامسك يده قبل ذلك لأنه لا يراك تمد يدك نحوه ــ على حين يمكنك أنت رؤيته يمد يده إليك .

٨ ــ كن طبيعياً عطوفاً ومفكرا، ولاتتردد فى سؤال الشخص الأعمى نفسه إذا كنت فى شك مما يجب عمله ــ وسيكون من دواعى سروره أن يخبرك بما يفضل وسيشعر كل منكما بالراحة بعد ذلك .

المراجـــع

1. Sommers, Vita Stein : *The Influence of Parental Attitudes & Social Environment on the Personality Development of the Adolescent Blind.*" Am. Foundation for the Blind, N.Y., 1944.
2. Weiss, Carl.: *Reality Aspects of Blindness as they affect Case Work.*" The Family", 1946.
3. Supa, M. & Others : *Facial Vision*", The Perception of Obstacles by the Blind. The Am. J. Psy. 1944. pp. 133-183.
4. Lowenfeld, Berthold : *Psychological Foundation of Special Methods in Teaching Blind Children..*' p. 89.
5. Wittkower, E. & Davenport, R.C.: *The War Blinded: Their Emotional, Social & Occupational Situation*". In Psychosomatic Medicine". March-April, 1946. PP 121 — 137
6. Bauman, Mary K. & Hayes, Sammel P.: *A Manual for the Psychological Examination of the Adult Blind.* The Psychological Corporation, N.Y , 1951

الفصل السادس

سيكولوجية ضعيف البصر

مقدمة :

لقد لاحظ جميع المهتمين بمشكلة ضعاف البصر أن هذا النقص لا يقتصر تأثيره على الشخصية كلها كوحدة فحسب ، بل يتعداها إلى التأثير الخطير على المواقف الدراسية والمهنية والاجتماعية .

إن المشكلة البصرية نفسها قد تؤثر على فرد ما تأثيراً كبيراً ولا تؤثر على فرد آخر تأثيراً يذكر .

تعريف وإحصاء

يهمنا هنا أن نبين المقصود بضعف البصر ، أو نقص البصر ، أو البصر الجزئى ، وعلى وجه العموم فإن هذا الاصطلاح يشمل الفئات الآتية :

١ ـ هؤلاء الذين تنحصر حدة بصرهم بين ٢٠/٧٠ ، ٢٠ / ٢٠٠ فى العين الأقوى بعد استخدام كافة الوسائل وكافة النظارات الطبية .

٢ ـ هؤلاء الذين يجدون صعوبات خطيرة فى البصر وتزداد حالتهم سوءاً يوماً بعد يوم .

٣ ـ هؤلاء الذين يشكون من أمراض خطيرة فى عيونهم أو أمراض أخرى جسمية ولكنها تؤثر فى النظر .

ومن الممكن أن يضاف إلى هذه الفئات هؤلاء الذين فقدوا إحدى العينين

أو فقدوا البصر تماماً بإحدى العينين وفى حاجة إلى التعود على هذا الموقف الجديد عليهم والتكيف النفسى إزاءه [١] .

ولا توجد لدينا بيانات دقيقة عن مدى انتشار هذه الحالات فى مصر وخاصة بين الكبار ، ولكن جمعت بيانات عن تلاميذ المدارس ، فقد قامت الإدارة العامة للصحة المدرسية بالاشتراك مع أحد الأخصائيين النفسانيين ، بإجراء دراسة إحصائية للوقوف على حالة ضعف البصر بين تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى فى منطقة القاهرة الجنوبية ، وقد تضمنت الدراسة محاولة التعرف على أسباب ضعف البصر . وكان هذا ميسوراً فى نصف الحالات تقريباً ، ولم يكن متيسراً فى النصف الآخر وتبين لهم ما يأتى [٢] .

١ - أن حوالى ١٧ فى الألف من مجموعة تلاميذ وتلميذات المدارس بالمرحلة الأولى فى منطقة القاهرة الجنوبية يشكون من نوع أو أكثر من حالات ضعف البصر ، على حين أن ضعاف البصر لا تزيد نسبتهم عن ٢ فى الألف وذلك فى أمريكا حسب تقرير لجنة البيت الأبيض . أما تقرير لجنة التعليم لمدينة لندن فإنه يميل إلى تقدير ١ فى الألف لتلاميذ المدارس .

٢ - أن أكثر أنواع ضعف البصر كان السبب فيه إما السحابة والعتمات على العين وإما فقد إحدى العينين وإما الضعف العام وإما الرمد الصديدى وإما الحول . كما هو مبين بالجدول الآتى :

(١) Hathaway, Winifred : Education and Health of the Partially Seeing Child N.Y., Columbia U.P., 1948.

(٢) انظر مقال عن « ضعاف البصر بين تلاميذ مدارس المرحلة الأولى » للدكتور مصطفى فهمى فى صحيفة التربية — نوفمبر ١٩٥٤

جذول يبين عدد المصابين بضعف البصر

في منطقة القاهرة الجنوبية سنة ١٩٥٤

عدد التلاميذ		عدد المصابين بضعف البصر بسبب									جملة المصابين
		الضعف العام	التيفود	الرمد صديدى	الرمد الحبيبى	الحصبة	الولادى	لهم عين واحدة	حول	سحابة	لأسباب لم تذكر	
بنون	٢٠٢١٩	٢٦	٦	٢٤	٣	٣	—	٣٥	٢٣	٥٧	١٥٥	٣٣٢
بنات	١٩٢٢٧	١٨	٣	١٤	١	٥	—	٢٠	٤١	٤٤	١٩٢	٣٣٨
مجموع	٣٩٤٤٦	٤٤	٩	٣٨	٤	٨	—	٥٥	٦٤	١٠١	٣٤٧	٦٧٠

ولما كنا نعلم أن عيوب البصر تزداد من ناحية الكم والنوع زيادة مضطردة بازدياد السن ، فإننا نتوقع أن النسبة تزيد كثيراً عن تلك التى لوحظت عند أبناء المدارس .

نظم تعليم ضعاف البصر

سواء كان الطفل ناقص البصر أو عنده عيب من عيوب البصر ، فالواجب إعداده لكى يعمل ويلعب ويعيش بين الأطفال سليمى البصر . وعلى هذا الأساس فإن أى برنامج يعمل خصيصاً لفصل هذه الفئة عن باقى الأطفال ، لابد وأن يكون منهاجاً فاشلا . وكما نعلم جيداً ، فإن نجاح الشخص الراشد أو فشله يعتمد على السنوات المبكرة وعلى تجارب وخبرات الدراسة فى المرحلة الأولى ، فالنمو الانفعالى المتزن والنمو الاجتماعى السليم يعتمدان على هذه الخبرات . ولذلك فإنه يحسن بحث ودراسة بعض الطرق التى اتبعت فى الخارج فى تربية هؤلاء الأفراد ، أما نتائج هذه الطرق المختلفة فهى :

١ ــ وضع التلاميذ فى مدارس خاصة بالعميان :

وقد اتضح أن وضع الأطفال ناقصى البصر مع العميان فى نفس الفصول يعود عليهم بأضرار كثيرة ، ومن ذلك أننا نعلم أن ناقصى البصر يعتمدون على حاسة البصر ، وعلى ذلك فإن معظم الطرق والأساليب التى تستخدم فى تربيتهم تستغل تلك الحاسة ، أما العميان فيعتمدون أساساً على حاسة اللمس ولذلك يلزمهم طرق أخرى وأساليب مختلفة . ثم إنه ليس من الحكمة فى شىء ، لا من الناحية السيكولوجية ، ولا من الناحية التربوية ، أن نعرض ناقصى البصر دائماً إلى ما يتعرض له العميان ، وقد اتضح عملياً لمعظم السلطات المسئولة فى ميادين التربية والخدمة الاجتماعية والنمو النفسى أن الأطفال ناقصى البصر يستفيدون أكبر إفادة فى النواحى الجسمية والعقلية ، وكذلك فى النواحى الاجتماعية والعاطفية حينما يبقون فى بيئاتهم الطبيعية .

ويتضح ذلك أيضاً إذا تساءلنا عن الهدف من تربيتهم فى المدارس . أليس الغرض هو إعدادهم للحياة مع المبصرين العاديين ؟ إذن وسيلتنا فى تربيتهم ينبغى أن تأخذ تقريباً نفس الصورة ، وكلما اقتربت هذه الصورة من صورة الحياة العادية بالظروف العادية ، كان ذلك فى صالح تربيتهم وتدريبهم وإعدادهم للمهن المستقبلة .

٢ ــ وضع التلاميذ فى مدارس خاصة بذوى العاهات :

وهذه الطريقة أفضل بعض الشىء من وضعهم فى مدارس العميان ، ذلك للأسباب التى ذكر بعضها آنفاً ، ولأن المجتمع الذى سيتكون منهم فى هذه الحالة سيكون أكثر انسجاماً وتقارباً من المجتمع السابق .

وإن كان يؤخذ على تلك المدارس الخاصة أن فئة ناقصى البصر سيكونون فصلا منعزلا عن باقى الفصول وسيكون اشتراكهم فى النشاط التعاونى مع مجموعات

« خاصة » فمنهم الصم أو ثقيلو السمع أو المصابون بأمراض القلب أو الصرع أو ما شابه ذلك .

وعند تقييم هذا النوع من التدريب ، ينبغى أن نأخذ فى الاعتبار أن العمل والخبرة فى مثل هذه الفصول له رد فعل سيئ على انفعالات وعواطف هؤلاء الأطفال مما يلوّن شخصياتهم بلون معين له أثر على تكيفهم .

٣ ــ وضع التلاميذ فى فصول خاصة بالمدارس العامة :

وميزة هذا النظام هو إعطاء الفرص للأطفال ناقصى النظر للاختلاط أحياناً بالأطفال سليمى النظر ، وتحت هذا النظام يمكن خدمة عدد أكبر من الأطفال الذين فى حاجة لرعاية البصر فى نفس مبنى المدرسة . ولهذا النظام صعوبات وآثار متعددة ، ليس على الأطفال وحدهم بل على آبائهم أيضاً بل وعلى الموظفين الذين يقومون على خدمتهم ، ولذلك يشكو الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون من تلك البرامج التى تتطلب الفصل الاجتماعى والتربوى .

٤ ــ النظام التعاونى :

والمقصود بذلك تعاون الأنظمة المختلفة لصالح التلميذ ، ونجد هنا نظامين أساسيين ــ ويقتضى أحد هذين النظامين أن يوجد فى المدرسة العادية فصل لناقصى البصر ويعتبر هذا الفصل هو الأساس للأطفال يبقون فيه بعض الحصص فقط ــ وهى تلك التى تتطلب استخدام العين عن قرب للقراءة والكتابة ويتركون هذا الفصل فى كثير من الحصص الأخرى ليندمجوا مع بقية الأطفال سليمى البصر فى كثير من الحصص ونواحى النشاط المدرسى .

أما النظام الثانى فيقتضى أن يكون الأساس هو الفصل العادى ، أى أن يبقى الأطفال ناقصى البصر مع العاديين يشتركون معهم فى معظم الحصص

وفى جميع أوجه النشاط الأخرى فيما عدا تلك التى تتطلب إجهاد البصر .

وهنا ينتقلون إلى فصول بها معدات خاصة . وهذه الطريقة أفضل من السابقة وتقلل من أثر القصور .

من هذا العرض السريع للطرق المختلفة لمعاملة التلاميذ ناقصى البصر فى المدارس يتبين لنا أن الكثير من المشاكل النفسية لهذه الفئة تسببها الخبرات المدرسية أو على الأقل ترتبط بها . وإلى أن نتذكر أن هناك عوامل أخرى خلاف المدرسة ومن أهمها ظروف المنزل والشعور فيه بعدم الأمن فى كثير من الأحيان ، وكذلك عدم ملاءمة التدريب قبل دخول المدرسة ، ومختلف الظروف الاجتماعية ومنها كثرة الازدحام فى المنزل الضيق ، وقلة وسائل الترويح بالإضافة إلى سوء الأحوال المادية ، فجميع هذه الوسائل وغيرها تؤثر على السير الدراسى ، فإذا لم يصل إلى المستوى الذى يتوقعه الآباء وأظهروا استياءهم للطفل من ذلك ، فإن الطفل لا يصدم فقط بآثار قصور بصره على الدرجات المدرسية ، بل يقلق لمركزه فى المستقبل بين أفراد الأسرة .

مدى التقدم التعليمى

ليس هناك بيانات كثيرة عن التقدم التعليمى للتلاميذ ذوى الإبصار الجزئى ، وربما يكون سبب ذلك راجع إلى صعوبة الحصول على مواد الاختبار على نطاق تعميمى واسع . وقد حصل بيك Peck [1] على نتائج مهمة عند دراسته لكفاءة طلبة مدارس رعاية البصر فى كليفلاند وأوهايو ، إذ طبق اختبارات استانفورد الثلاثة الخاصة بالقراءة لقياس التفوق ، على ٢٣٤ طالب فى الفرق من ٢ إلى ٩ وذلك فى يناير سنة ١٩٣٢ ثم أعاد نفس الاختبارات

---

(١) Peck, O.S.: Reading Ability of Sight - Saving Class Pupils. Nat. Soc. Prevention of Blindness. Pub. No. 118.

على ٢٢٧ طالب فى يناير سنة ١٩٣٣ ، وقد حسبت النتائج على أساس الوقت العادى للاختبار ثم على أساس مرة ونصف لهذا الوقت .

وبينت نتائج أختبار سنة١٩٣٢ أن طلبة الفصل الأول (٢ ب) كانوا أحسن قليلا مما كان متوقعاً كما أن متوسط ذكائهم حسب مقياس بينيه وكما قرر العالم النفسانى للمدرسة كان ٩٨ وأن النسبة التحصيلية للقراءة بلغت ١٠٠ . كذلك تبين أن تقدم الطلبة فى القراءة كان مناسباً عموما لدرجاتهم ، وبزيادة فترة الوقت مرة ونصف أمكن زيادة درجاتهم بعض الشىء وكذلك قدرتهم على القراءة . كما أن متوسط الذكاء لتلاميذ كل فصل أظهر أنهم ذوو ذكاء عادى على العموم . ولم يعط المتوسط لدراسة الـ ٢٣٤ حالة لكن كان متوسط الذكاء لـ ١٦ فصل هو ٩٤ .

وقد طبقت الاختبارات على ٢٢٧ حالة فى العام التالى . وقد تبين من النتائج أن هناك تحسناً طفيفاً فى القدرة على القراءة ، وأنه لم يظهر أى دليل فيما يختص بالحالات التى درست على أن هناك أى عيب خطير فى القدرة على القراءة .

وقد قامت هادلى Hadley[١] باختبار القدرة على الهجاء بواسطة مقياس مكال McCall للهجاء ، وبينت أن متوسط الدرجات التى حصل عليها ٣٧ فصلا كانت متعادلة تقريباً مع المعايير العادية ، كما بينت عدم وجود ارتباط بين قوة الإبصار الجزئى والمهارة فى الهجاء .

أما تقرير لندن[٢] فقد أثبت المساواة بين المبصرين وذوى الإبصار الجزئى فى فى اختبارات الحساب وجدو أن الأخيرين أقل كفاءة فى القراءة من المبصرين وبما أن مستوى الذكاء للفئتين متعادل فقد عللت اللجنة ذلك بضعف بصر

---

(١) Hadley, H.C.: Sight Saving Classes in the Public Schools. Heer, Columbus,27

(٢) Report of the Committee of Inquiry into Problems Relating to Partially Sighted Children. H.M.S.O. London, 1934.

ذوى الإبصار الجزئى . وكانت هناك بعض ملاحظات خاصة بأعمار هؤلاء الأطفال ، فكانت نسبة زيادة السن عن متوسط العمر لهذه الفصول كبيرة جداً ، كما ازدادت أكثر بعد أن أمضى التلاميذ فترات مختلفة فى فصول رعاية النظر ، غير أن ماير Myers يعترض على ذلك بأن نسبة السن هذه كانت تزداد أكثر إذا انتظم هؤلاء التلاميذ ذوى الإبصار الجزئى فى فصول عادية . وقد وجد أن نسبة النجاح من بين ٢٠١٣ حالة ٨٧,٨ ٪ وهى نفس النسبة لجميع التلاميذ فى فيلادلفيا عند وقت عمل البحث — على أن تقرير لجنة البيت الأبيض أعطت نسبة للنجاح من بين ٣٥٦ حالة مقدارها ٧٣,٧ ٪ قبل دخول فصول رعاية النظر ثم قفز هذا التقدير إلى ٩١ ٪ بعد دخول نفس الطلبة إلى فصول رعاية البصر وخرجت من ذلك بأن الدراسة بالفصول الخاصة تؤهل الطلبة لمزاولة الدراسة فى الفصول العادية .

وملخص ما تقدم هو أن أعمار التلاميذ ذوى الإبصار الجزئى تزيد عادة عن الأعمار فى الفصول الموازية وأن الدراسة بالفصول الخاصة ربما ساعدت الطلبة على متابعة دراساتهم بالفصول العادية ومجاراة زملائهم فيها ، على أن هذه المعلومات غير كافية وغير مؤكدة ويتحتم إجراء أبحاث كثيرة فى هذا المضمار لإظهار حقائق جديدة نافعة .

مشاكل التكيف الشخصى

إن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد حالة قلق نفسى ، وكما نعلم ، لا يمكن الفصل عادة بين نواحى القصور الجسمى والشعور النفسى ، فالارتباط بينهما وثيق .

وهناك بعض البيانات التى تدل على ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب

بين هذه الفئة من المصابين بنقص البصر أكثر من النسبة المعتادة ، وأنه كلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ(١) ومن الملاحظ أيضاً أن نصيب هذه الفئة من عناية المهتمين بالخدمات الاجتماعية والنفسية دائماً أقل من نصيب الفئات الأخرى من ذوى الإصابات والمشكلات .وغالباً ما يكون عصاب الفرد راجعاً إلى عدم معرفته بطبيعة النقص الذى عنده ، وعلى ذلك فمن الأفضل أن يشرح للفرد تفاصيل النقص الذى فى بصره ، ويشرح له كيفية التغلب على هذا النقص ، وتعطى له الفرص المناسبة ليعمل وينشط فى تلك النواحى التى لا تتطلب القدرات التى تنقصه ، وبذلك نضمن تحسناً فى حالته الانفعالية.

وإن ما يفرضه البصر على الفرد فى النواحى الاجتماعية والانفعالية متعدد ومتنوع . ومن الأفضل أن ننبه إلى أن ما سنذكره الآن عن العوامل الانفعالية ودلالتها لا يمكن أن يكون عاماً . فأثر الحالة عند شخص معين يختلف تماماً عن أثرها هى نفسها عند شخص آخر ، فالاستجابات نحو المشكلات الشخصية أو المشكلات التى يثيرها أفراد المجتمع الخارجى تختلف تماماً من فرد إلى آخر وتؤثر فى النهاية على مقدار تكيفه .

وإن عيوب نقص البصر هذه قد ترتبط مباشرة بنمو شعوره بالخوف وضرورة الاعتماد على غيره . ولو كان النقص يتطلب الاعتماد جزئياً على غيره ، فإن الطفل قد يتمادى فى ذلك ولا يثق فى نفسه ويعتمد كثيراً على غيره ، ومن أجل ذلك ينبغى عمل التشخيص المبكر ، والبدء فى العلاج بأكبر سرعة ممكنة قبل أن يكون الطفل تلك العادات وتتأصل فى نفسه ، ويصبح من الصعوبة بمكان استئصالها فيما بعد . . . ومثل هذه المشاكل قد تتخذ صورة مكبرة فى حالة الآباء الذين يتأثرون بشدة لأبنائهم ، وتزداد حساسيتهم كثيراً .

ويزداد الخوف والشك نتيجة المنافسات غير العادلة سواء فى المنزل أو

(١) Bahn, Charles, A.: "The Psychoneurotic Factor in Opthalmic Practice" A.J. of Opthalmology, 1943, 26, 4.

الدراسة ، وإن ضعاف البصر من الأطفال الذين لا يعرفون أن بصرهم أقل من مستوى بصر زملائهم يرتبكون لعدم فهمهم السبب فى تأخرهم فى الدراسة عن زملائهم .

ولقد عملت بعض المحاولات لدراسة العلاقة بين ضعف البصر ومشاكل الأحداث المشردين . فوجد أحد الدارسين[1] نسبة الأطفال المصابين بعيوب فى البصر من بين الأحداث المشردين أكبر من نسبتها بين تلاميذ المدارس العاديين ، مما جعله يقترح أن عيوب البصر تؤدى إلى عدم راحة أصحابها وعدم تكيفهم فى المدرسة ، مما يؤدى بهم إلى التخلص من هذا الجو عن طريق الهرب الذى يؤدى بدوره إلى التشرد . كما بينت الدراسة أن فقد إحدى العينين كان يتبعه الشجار وعدم الطاعة وسرعة الاستثارة والقسوة على الآخرين وما إلى ذلك من السمات ويبدو أن هذه الصفات كانت ضرورية لأصحابها حتى يستطيعوا الوقوف أمام مضايقات الزملاء بالمدرسة . كما لوحظ أن المراهق المصاب بنقص البصر كان يحاول حماية نفسه والتغلب على الصعوبات التى تقابله بالالتجاء إلى « الخشونة » .

وإن نقص البصر قد يكون منذ بدء الحياة ، وقد يكتسب فى أى فترة ، ويتوقف أثر هذا النقص فى نمو الشخصية على الوقت الذى تبدأ فيه الإصابة ، وعلى الوقت الذى يبدأ أثرها فى الظهور لصاحبها ولأفراد المجتمع الخارجى . وهناك بعض عيوب البصر كالحول مثلا تظهر فى بدء حياة الفرد ولكنها لا تؤثر على النمو الوجدانى أو النمو الاجتماعى للطفل حتى يلحق بالمدارس وما لم تعالج العين قبل ذلك فقد ينشأ الطفل هياباً ، وجلا ، يشعر بالخجل ويميل إلى الانطواء وعدم الانسجام مع الآخرين وقد تبين أن حالات كثيرة من المراهقين والشباب تقدموا كثيراً فى علاقاتهم الاجتماعية بعد إجراء العمليات الجراحية لتصحيح

(١) Wallace, Eugene : "Physical Defects & Juvenile Delinquency". N.Y. State Journal of Medicine, 1940, 40, 21.

أوضاع العين وتحسنها ، وطبيعى أننا لا ننتظر أن مثل هذه العمليات تؤدى فى جميع الحالات إلى سرعة زوال الآثار والمشاكل السيكولوجية التى تكونت فى سنوات عديدة .

وإن تشوهات الوجه بسبب العين ولونها أو حولها ، أو الجفون المتهدلة ، والجلوكوما أو غيرها ، قد تؤدى بأصحابها إلى الابتعاد عن المجتمعات لتجنب الارتباك والشعور بالنقص والتعرض لجرح الشعور . هذه المشاعر تقل كثيراً إذا كانت البرامج التربوية التى يحصل عليها هؤلاء الأشخاص من النوع الذى يهيئ الفرص للاختلاط المستمر المتنوع بالأشخاص والزملاء العاديين .

والشخص القصير النظر بشكل واضح جداً يكون عادة من النوع المنطوى الأنانى ، الذى يركز كل اهتمامه حول نفسه ويشغل نفسه دائماً بأنواع من النشاط لا تضطره للاختلاط بالآخرين ولا تؤدى إلى صحة نفسية سليمة . ولما كانت المسافة التى يستطيع رؤيتها قصيرة ، فإنه عادة لا يشترك مع زملائه فى الألعاب الرياضية ويلجأ إلى القراءة وغيرها من الأعمال التى تتم قريبة من العين . وإن انعدام النشاط الجسمى يؤدى عادة إلى نمو غير سليم للقامة ويؤدى عادة إلى صحة عامة سيئة للغاية . وإذا كانت حالة عينة من النوع القابل للتطور فإن سلوكه هذا وأعماله تلك ، قد تؤدى إلى إساءة أكبر وأسرع للبصر .

وعلى العكس من ذلك الشخص الطويل النظر بشكل واضح جداً ، ربما يصبح كسولا لا يكترث كثيراً ومنبسطاً للغاية . مثل هذا الشخص الذى يستطيع أن يرى عن بُعد ، قد يشترك فى النشاط الرياضى ويهتم به كثيراً ولا يكترث بالأعمال المدرسية كالقراءة والكتابة والحساب وغير ذلك مما يتطلب إجهاداً للعين .

وإذا كانت عيوب البصر من النوع الذى يزداد سوءاً بمضى الوقت ، فيجب بذل جميع الجهود الممكنة لمنع تقدم الشعور بالقلق والخوف من تطور الحالة إلى العمى الكامل . وليس من الحكمة فى شىء أن ينصح المصاب باستخدام طريقة « بريل » أو غيرها مما يرتبط بالعمى ، اللهم إلا لو تطورت الحالة

ووصلت فعلا إلى فقدان البصر ، أما إعداد ناقصى البصر لحالة العمى الكامل باتباع مثل هذه الأساليب فإنه يؤثر على الحالة النفسية للمصاب تأثيراً سيئاً مما يؤدى إلى صعوبة التشغيل والتأهيل فى المستقبل .

وإن معظم الأفراد الذين يشكون من نقص فى بصرهم يأتى عليهم وقت يشعرون فيه بالضيق ويتساءلون عن المسئول عن هذا الخطأ وعن قدرته على منع حدوث هذا النقص . كما أنهم يودون لو علموا عن احتمال تسرب هذا النقص إلى أبنائهم .

وفى أغلب الحالات تكون أمراض العيون أو عيوب البصر نتيجة لعوامل وراثية وأخرى بيئية ، وعلى ذلك فلا يمكن إعطاء تشخيص واف دون دراسة تفصيلية لتاريخ الأسرة والظروف التى أحاطت بالشخص قبل ولادته .

والعيوب الخلقية تظهر فى الشخص منذ ولادته ، ولكن ذلك لا يستلزم أن تكون وراثية . فبعضها يكون نتيجة لعدم تكامل البناء الجسمى وبعضها يكون نتيجة التهابات أو عدوى أو غير ذلك ، فالحصبة الألمانية ومرض الغدة النكفية ومرض الأم ببعض الحميات فى الشهور الثلاثة الأولى للحمل قد تؤدى إلى مرض الكاتاركت أو بعض العيوب بالشبكية أو القرنية أو صغر حجم العين كثيراً . وكذلك الأطفال الذين يزنون أقل من ثلاثة أرطال عند الولادة ، نجد منهم نسبة تزيد عن ١٠ ٪ يصابون بإصابات مختلفة فى البصر كالكاتاراكت أو الجلوكوما أو انفصال الشبكية أو العمى الجزئى أو غير ذلك .

ولا يزال السبب فى ذلك مجهولا حتى الآن كما أن طريقة العلاج غير معروفة .

وإن نسبة كبيرة من عيوب البصر المعروفة وأمراض العيون ترجع إلى عامل الوراثة . وفى حالة العيوب التى تعزى إلى الوراثة فقط ، تجد أن الجينات الخاصة بالعين وتركيب جزئياتها ووظائفها تعمل حسب قوانين الوراثة .

وإن بعض عيوب البصر تنتقل من جيل إلى آخر على أنها صفات غالبة

مثل الجلوكوما وبعضها يكون صفات متنحية كلون العين الفاتح كثيراً والبعض الآخر صفات ترتبط بالجنس مثل عمى الألوان وكبر حجم القرنية كثيراً عن المعتاد . وهناك بعض العيوب التى قد تكون أحياناً صفات غالبه وأحياناً أخرى متنحية أو كامنة ، كما أن هناك اختلافات فى هذا الصدد بين العائلات . وإذا كان لدينا شخصان متشابهان تماماً من حيث عيوب البصر ، فقد يُظهران نمطين مختلفين للوراثة[1] .

والأشخاص ذوى العيوب فى البصر يجب دراسة حالاتهم وتاريخ أسرهم تفصيلا ثم ينبغى إيقافهم على العيوب التى عندهم واحتمالات توريثها . ولهم أن يصمموا هم وحدهم إذا ما كانوا سيتحملون مسئولية احتمال توريث هذه العيوب لذريتهم .

مشاكل التوجية المهنى

نعلم أن من واجبات المدرسة أن تكتشف استعدادات كل طالب وقدراته وميوله ، وتبصره حتى يعمل على إنمائها ، وحتى يستطيع أن يقرر اتجاهاً مناسباً لمهنته المستقبلة ، وينبغى أن يكون توجيهنا لناقصى البصر عادلا ، فلا نعوقهم سيكولوجياً بأن نمنحهم مساعدات أكثر من اللازم، أو على العكس نؤكد على أصحاب الأعمال وننبههم لضرورة مراعاة فروق البصر . وقد يكون هناك بعض الفروق الواضحة، ولكن ذلك لا يتضمن ضرورة التحديد . وإن زيادة توكيد الحدود قد يؤدى إلى زيادة الرقابة، وهذا يؤدى بالتالى إلى تضييق احتمالات التوسع فى المهنة وفى الطرف الآخر من الموضوع ، نجد أن عدم محاولة الاعتراف بالحدود قد يؤدى

---

(١) Falls, Harold F.: Congential & Hereditary Eye Diseases. Sight-Saving Review, 1949, 19, 2.

فى بعض الأحيان إلى أن يبذل الفرد مجهودات فوق طاقته بكثير مما يعود على بصره بأوخم العواقب .

ومن الملاحظ أنه عند توجيه ناقص البصر إلى العمل ينسى بعض الناس أن فى استطاعة الكثيرين أن يعملوا الكثير من الأعمال التى يقوم بها المبصرون خصوصاً لو أخذنا فى الاعتبار التعلم والخبرات السابقة . والواجب ألا نكتفى فقط ببحث درجة القصور ، بل لابد من دراسة طبيعته أيضاً . كما أنه ينبغى ألا يقتصر البحث على دراسة ما يستطيع الشخص عمله ، بل يجب أيضاً أن نبحث الأشياء التى يمكن أن يسمح له بالعمل فيها دون غيرها بالرغم من قدرته على عملها ، فواجبنا أن نراعى مصلحة الآخرين أيضاً ممن يعملون حوله ، ولا نعرضهم لأخطار . فالشخص المعرض لانفصال شبكى ينبغى أن يبتعد عن الأعمال التى تتطلب رفع الأثقال والشد والجذب والقفز والجرى. كما ينبغى تجنب أعمال العمارات وإلا تعرضوا للوقوع من فوق السقالات والوقوع فى الحفر وما إلى ذلك .

والمصابون بالجلوكوما ينبغى عليهم تجنب المواقف التى تؤدى إلى استثارة الانفعالات واضطراب ضغط الدم . فلهذا أسوأ الآثار على بصرهم .

وبعض أمراض العين تحتاج إلى إضاءة أكثر من العادية وبعضها الآخر لا يمكن لأصحابها العمل فى الضوء الزائد عن الحد . هذه الحقائق وغيرها لابد من أن تؤخذ فى الاعتبار عند التوجيه والتشغيل .

وينبغى ألا نكتفى بتحليل حالة الإبصار عند العامل ، بل لابد من تحليل العمل جيداً لبحث احتياجاته البصرية[1] . هذا مع مراعاة الفروق بين الأفراد فى قدرتهم على التكيف إزاء الأعمال النوعية .

وللإبصار مقاييس متعددة يكمل بعضها بعضاً ومن هذه :

---

(١) Kuhn, Hedwigs : "Visual Job Analysis and Prescribing for Special Work Distances". Sight-Saving Review, 1943 Supplement, Vol. 13, No. 4.

١ — حدة البصر فى كل عين ٢ — توافق العينين .

٣ — تحريك عضلات العين فى مختلف الاتجاهات

٤ — سعة محيط الإبصار ٥ — عمى الألوان .

ولحسن الحظ أن معظم الأعمال لا تتطلب الكمال فى جميع وظائف العين ، وإنه لمن السهولة بمكان التعرف على لزوم أى وظيفة من وظائف العين لأى مهنة من المهن . وتحليل العمل يفيد كثيراً لوضع الأفراد ناقصى البصر فى أعمال يمكن استغلال بصرهم فيها إلى أقصى حد ممكن . ولن يتم هذا التحليل إلا بملاحظة العمل فعلا من مجموعة كبيرة من الإخصائيين الفنيين فى مختلف النواحى . الإضاءة ، الإنتاج ، الهندسة ، الطب ، طب العيون ، الخدمات الاجتماعية والتوجيه ، فكلا منهم لا بد وأن يدلى بدلوه فى الموضوع [1] .

وعند تحليل أى عمل من الأعمال ، لابد أن يؤخذ فى الاعتبار تلك العوامل التى ترتبط براحة العين وسلامة العمال وتزويدهم بالنظارات أو ما شابه إذا لزم الأمر وتنظيم فترات العمل .

و يمكننا أن نذكر ثلاث احتياجات رئيسية حتى يمكن الحصول على أكبر فائدة من العمل إذا كان الإبصار عند العمال يختلف من حيث النوع أو الدرجة وهذه هى :

١ — تحليل الفرد تحليلا دقيقاً من حيث المؤهلات ، والإمكانيات والاتجاهات النفسية .

٢ — تحليل العمل تحليلا دقيقاً من حيث الاحتياجات البصرية وغيرها .

٣ — تشغيل الفرد على أساس هذه الدراسة والتوفيق بين احتياجات العمل وإمكانيات العميل .

---

(١) Stump, Frank : Job Analysis as Related to Visual Skills. Pub. No. 491. National Soc. for the Prevention of Blindness. N.Y.

كلمة ختامية

ويتبين من هذا الفصل جهلنا بكثير من مشاكل ضعاف البصر وأسبابها ، فالتعليم الخاص بهم ما زال حديثاً والأبحاث فى هذا المضمار كانت مركزه على نظام وإدارة ومعدات الفصول الخاصة (فصول رعاية البصر) لكننا نعلم القليل جداً عن الطلبة أنفسهم . ومن المحتمل أنه من ناحية الذكاء العام لا يوجد فرق كبير بين ذوى الإبصار الجزئى وبين المبصرين ، ولو كان هناك فرق كبير لظهر واضحاً جلياً لمدرسيهم ، أما عن أنسب مقاييس الذكاء فليست معروفة بالضبط ، وعن مدى التقدم التعليمى لهذه الفئة فليس هناك سوى بيانات ضيئلة عنهم . على أنه يبدو أنهم يتقدمون ببطء أكثر من فرقه إلى أخرى إذا قورنوا بالمبصرين)، ولكن سبب ذلك غير معروف بالتحديد وربما كان مصدره ضعف نظرهم أو عدم حصولهم على تعليم بدرجة كافية فى الفصول الخاصة بهم أو لهذه الأسباب مجتمعة أو غيرها .

زد على هذا أننا لا نعلم بشكل أكيد إذا كانت الدراسة فى الفصول الخاصة تؤدى إلى المساعدة المرجوة منها كما أنه ليس هناك أبحاث وافية عن الشخصية ومشاكلها .

وينبغى أن نعلم إذا ما كانت هناك مشاكل خاصة بسببها ضعف بصرهم ، وإذا كان كذلك فما مدى معرفتنا بها ، ومدى المحاولات المبذولة لحلها والتغلب عليها .

لقد بدأ تعليمهم بداية طيبة وموفقة ، لكن دراسة نفسيتهم لم تبدأ بعد بشكل منتظم ، وما زال هذا المجال مبكراً ، وفى مسيس الحاجة إلى الدراسة والبحث

المراجع

١ ــ مقال عن « ضعاف البصريين تلاميذ مدارس المرحلة الأولى » للدكتور مصطفى فهمى » صحيفة التربية ــ نوفبر ١٩٥٤ .

2. Hathaway, Winifred: *Education and Health of the Partially Seeing Child*". N.Y. Columbia U.P. 1948.
3. Peck, O.S.: *"Reading Ability of Sight-Saving Class"*. Pupils. Nat. Soc. Prevention of Blindness. Pub. 118.
4. Hadley, H.C.: *"Sight Saving Classes in the Public Schools."* Heer, Columbus, 1927.
5. Report of the Committee of Inquiry into Problems Relating to Partially Sighted Children. H.M.S.O. London, 34.
6. Bahn, Charles, A.: *"The Psychoneurotic Factor in Opthalmic Practice."* A.J. of Opthalmology, 1943, 26, 4.
7. Wallace, Eugene : *"Physical Defects & Juvenile Delinquency"*. N.Y. State Journal of Medicine, 1940, vol. 40, No. 21.
8. Falls, Harold F.: *"Congenital & Hereditary Eye Diseases"*. Sight-Saving Review, 1949-19.
9. Kuhn, Hedwig S.: *"Visual job Analysis and Prescribing for Special Work Distances."* Sight-Saving Review, 1943. 13, 4.
10. Stump, Frank.: *"Job Analysis as Related, to Visual Skills."* Pub. No. 491. Natioual. Soc. for the Prevention of Blindness N.Y.

الفصل السابع

سيكولوجية المصاب بشلل الأطفال

مقدمة :

لا نستطيع أن نقدر بشيء من الدقة عدد المصابين بشلل الأطفال فى مصر ، ولكن الإحصاءات فى سنة ١٩٤٧ تبين أن عدد المشلولين عامة ١٠٢٧٤ شخصاً من بين جملة التشوهات البالغ عددها ٤٣٠٤٨ أى بنسبة ٢٣ ٪ تقريباً .

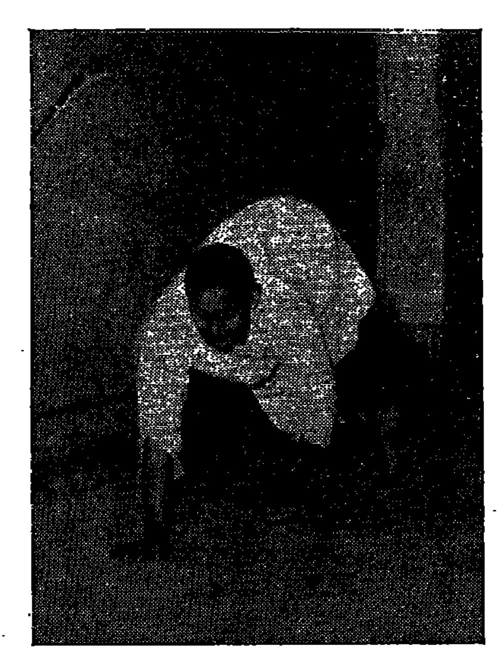
وهذه النسبة الكبيرة تتضمن أناساً مصابين بشلل الأطفال أو بأنواع أخرى من الشلل ، أما الإحصاءات الدقيقة فى أمريكا فقد بينت أن ٥٪ من حالات العجز الجسمانى بين الذكور ترجع إلى شلل الأطفال ويقابلها ١٠٪ بين الإناث . والشيء الذى يبدو لنا جميعاً هو أن هذه الحالات قليلة لأننا لا نقابلها كثيراً . والسبب فى ذلك واضح ، فغالبيتهم يلازمون دورهم وذلك لعدم مقدرتهم على الحركة . وقد قابلت بعضهم يمشى على الأطراف الأربعة وبعضهم الآخر لا يمشى على الأربع فقط ، بل يتلفظ بكلمات غير مفهومة وبأصوات غريبة ، وتلك حالات متطرفة . ومعروف أن رؤية المصاب بهذا المرض يسبب الذعر للكثيرين بل إن سماع لفظ « شلل الأطفال » كاف لإثارة الذعر .

وقد لجأ بعض المغرضين فى الأعوام القريبة الماضية إلى نشر إشاعات على شواطئ الإسكندرية مؤداها أن ماء البحر ملوث بالميكروبات التى تؤدى إلى شلل الأطفال مما جعل معظم المصطافين ينفرون من البحر — بل من الثغر كله .

ولقد بدأنا أخيراً فى مصر نهتم بهذا المرض ، فأنشئ معهد مستقل لشلل الأطفال بعد أن كان المصاب القادر يعالج فى سويسرا أو غيرها ، والكثرة العظمى من المصابين يبقون بلا علاج أو رعاية .

ومرض من هذا النوع فى غاية الأهمية بالنسبة للمهتمين بالتأهيل المهنى ، فكثير من المشاكل التى يواجهها المصاب بشلل الأطفال تنصب على القيود التى ينتجها المرض لحركته الجسمانية والكثير من هذه المشاكل تتركز حول التكيف النفسى للمريض وكذلك تكيف المقربين إليه إزاء هذه العاهة ونتائجها ولذلك يلزم تفهم المرض وأسبابه ونتائجه والتدابير التى يمكن اتخاذها للسيطرة عليه ولعلاجه حتى يمكن تقدير مدى خطورته وتأثيره على ضحاياه .

مرض شلل الأطفال ــ أسبابه وأعراضه



(شكل ٦)
صبى مصاب بشلل الأطفال
ويسير على الأربع قبل حصوله على الجهاز

عرف البشر هذا المرض منذ القدم وقد شوهد ذلك فى الصور القديمة التى يظهر فيها أشخاص ذوو أجسام غير سليمة نتيجة لتصلب عضلاتهم أونتيجة لزيادة الإجهاد على الهيكل العظمى بسبب انعدام التوازن بين مجموعات العضلات المختلفة مما أوجد اضطراباً فى المجموعة العصبية .

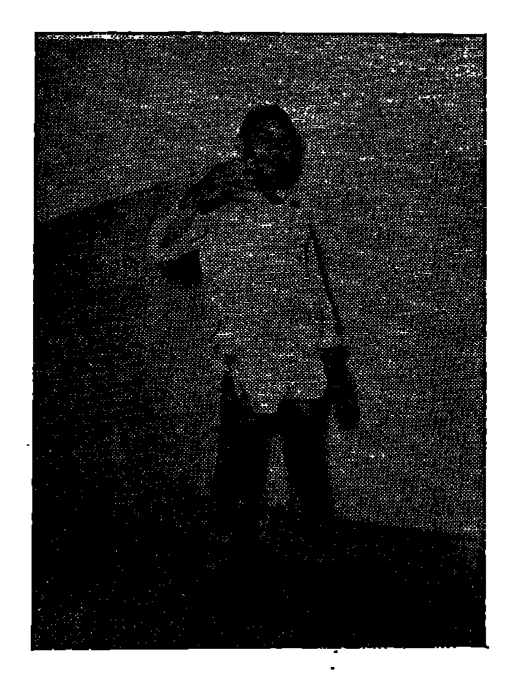
وقد ذكر هذا المرض فيما كتبه أندروود Underwood منذ أكثر من ١٦٠ سنة ــ فبالرغم من أنه لم يعط اسماً للمرض إلا أنه وصفه بأنه شلل

يعقب أحد أمراض الهزال — وأول وصف واقعي للمرض قام به « هين Heine » في سنة ١٨٤٠ ، ثم مضت خمسين سنة دون أن يحصل بشكل وبائي ومنذ ذلك الوقت كتبت أبحاث مختلفة عن أعراض المرض وأسبابه ووسائل مكافحته وعلاجه .

وسبب حصول هذا المرض للإنسان هو ميكروب غاية في الدقة وصغر الحجم لدرجة أنه لا يرى بواسطة أدق الميكروسكوبات العادية ، بل يرى فقط باستعمال الميكروسكوب الإلكتروني .

ومن الملاحظ أن الأبحاث الخاصة بالمرض وبطرق وصف الجرثومة ومدى حيويتها ومقاومتها لمختلف العوامل الجغرافية في مختلف المناطق قد أحرزت تقدماً ملحوظاً مما يجعلنا نتفاءل ونتوقع نتائج باهرة للسيطرة على هذا المرض العضال ، ويوجد تبيان لهذا التقدم في الملخص الذى قام بعمله « بول Paul »[1] حديثاً .

وبينما ننتظر مؤملين التوفيق في استئصال هذا المرض ، فإننا ما زلنا نواجه المشاكل التي يتسبب فيها إذا ما نجح ميكروبه في الاستقرار في جسم طفل أو شخص كبير ، فمن الصعب أن نحصر عدد من أصيبوا بشلل الأطفال بشكل خفيف لا يسهل تشخيصه أو التعرف عليه بطبياً ، فكثيراً ما تصيب أعراضه الأولية أشخاصاً كثيرين وتعرف هذه الأعراض أنها خاصة بأمراض وبائية أخرى ومنها الصداع ، والألم الخفيف في الرقبة أو الظهر ، الحمى الخفيفة ، رشح الأنف . وربما لا



(شكل ٧) — نفس الصبي بعد حصوله على الجهاز (وفي حالة ارتدائه الملابس كاملة يبدو عاريا)

(١) Paul, John R. : A Summary of Current Knowledge and Trends in Poliomyeliti.s The Merck Report, 1952. 61, 3-8.

تزيد الأعراض عن ذلك ، ويبرأ منها المصاب بعد يوم أو اثنين ويعتقد أنها لم تكن سوى برداً بسيطاً أو انفلونزا خفيفة .

ومما لا شك فيه أن بعض هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بمرض شلل الأطفال بشكل غير ظاهر طبياً وأن أجسامهم استطاعت أن تكتسب حصانة ضد المرض وأن تتغلب على جرثومته . أما بعضهم الآخر الذين ليس لديهم نفس القدرة على مقاومة المرض وجرثومته أو عندهم حصانة ضد نوع خاص من الجرثومة ، هؤلاء يصابون بالمرض إذا ما تعرضوا له أو للنوع الجديد من الجرثومة التى لا حصانة لديهم منها .

وأغلب الذين يصابون بالمرض يكونون من الأطفال حيث أن ٧٥٪ ممن أصيبوا به كانوا بين سن سنة واحدة إلى ١٥ سنة أما النسبة الباقية فبين سن ١٦ إلى ٤٠ سنة .

ومن الشائع أن يصاب الأطفال بالمرض كما حدث أن أصيب أشخاص فى العقد الرابع من أعمارهم فى الأماكن الموبوءة بهذا المرض .

وعند حصول المرض تكون أعراضه الشائعة هى جفاف الحلق ، القئ ، الصداع ، الحمى ، وثقل الجسم والشعور بالخمول ، وبالرغم من أن هذه الأعراض لا يختص بها شلل الأطفال بالذات ، إلا أنها إنذار بضرورة التزام الحيطة وعمل ملاحظات دقيقة على المصاب لحمايته من المرض ، ويمكن للطبيب المجرب عند الفحص الطبى أن يبحث عن أعراض وعلامات مميزة مثل تصلب الرقبة والظهر التى توحى بدرجة أكبر أن التشخيص ربما يكون شلل الأطفال ويمكن التأكد من ذلك بفحص النخاع الشوكى وبواسطة التجارب الكلينيكية الأخرى .

وسرعان ما يحصل الألم المترتب عن الحركة الجسمانية ويصحب ذلك حصول الشلل للعضلات الثانوية ، ثم يحصل بعد بضعة أيام شلل مجموعة العضلات ويكون ذلك واضحاً ملموساً .

هذا هو وصف موجز لمرض شلل الأطفال الذى يصيب النخاع الشوكى Spinal" Polio"غير أن هناك أشخاصاً يصابون فى أطرافهم العليا أو فى عضلات التنفس أو العضلات الخاصة بالبلع والكلام — وهؤلاء يكون لديهم شلل الأطفال من نوع "bulbo-spinal" الذى يتركز أثره كلية على أعصاب الحركة الخاصة بالأجزاء العليا من حبل العنق ويستمر فى الانتشار حتى يصل إلى امتداد النخاع الشوكى فى داخل الرأس .

وفى هذه المرحلة تتأثر أعصاب الصدر والحجاب الحاجز وأعصاب الكتفين والذراعين واليدين ، ولهذا فإن معظم المرضى من هذا النوع هم الذين يسكنون « جهاز التنفس » "respirator" فى إحدى مراحل علاجهم .

وهناك طائفة ثالثة وعددها أقل تصاب بشلل الأطفال الذى يحدث نتيجة لإصابة النخاع المستطيل وتتميز بإصابة مراكز الأعصاب الخاصة بالأعضاء العليا بشكل خطير أو إصابة المراكز الحيوية من المخ ،وهذا بالإضافة إلى إصابة الأعصاب الرأسية Cranial وربما تحصل بعض الإصابة فى أغشية الرأس أو فى السحايا ، ومن الواضح أن معظم وفيات شلل الأطفال تكون من هذه الفئة أو من فئة المصابين فى العمود الفقرى .

أما من وجهة نظر أخصائى التأهيل المهنى فإن معظم المرضى الذين يحتاجون إلى المساعدة للتكيف مع العجز الجسمانى والتكيف تجاه حياة نفسية اجتماعية مهنية جديدة ينتمون إلى الفئة المصابة بشلل الأطفال من النوع الأول أو الثانى . وفى حالة حصول المرض فى النخاع المستطيل غالباً ما يشفى المريض بدون حصول أى عجز جسمانى بالرغم من أنه قد يحدث تغيراً فى المزاج أو فى القدرة العلمية .

ويستحسن ذكر شىء عن العملية الباثولوجية حينما تدخل الجرثومة جسم الشخص ، فمع أننا غير متأكدين من أن الفم هو مدخل الجرثومة ، إلا أنه يمكن القول بأنه مدخل مهم ، فبعد أن تدخل الجرثومة عن طريق الفم فإنها تشق طريقها إلى مجموعة الأعصاب المركزية ، وحينما تصل إلى هناك فإنها

تفضل الاستقرار بين خلايا القرن الأمامى للنخاع الشوكى cells of the cord anterior horn حيث تتغذى بإنتاج هذه الخلايا وتعيش عالة عليها ، ومن حسن الحظ أنه أحياناً ما تقاوم الخلايا هذه الجرثومة وتتغلب عليها ، وعند ذلك تكون الخلايا التى استطاعت التغلب على الجرثومة وتلك التى لم تستطع التغلب عليها تكون عاجزة عن الحركة والعمل . وذلك لفترة ما ، فإذا ما حصل ذلك ينعدم الدافع للحركة حيث لن تستطيع هذه الخلايا العصبية توصيله إلى الأعصاب ، أما الخلايا التى تتحطم كلية فإنها تفقد بصفة دائمة ولن تكون ذات فائدة مرة أخرى ، أما التى استطاعت التغلب على الميكروب فربما تستعيد نشاطها وحيويتها مرة أخرى فى خدمة الأعصاب المرتبطة بها . ومن سوء الحظ أنه لا يمكن معرفة أى الخلايا العصبية يمكن استعادتها وبأى نسبة مما يكون مصدراً للانشغال والألم العميق للمريض وأهله ، ويكون ذلك إحدى المضاعفات التى تطرأ على برنامج المساعدة المرسوم للحصول على نتيجة طيبة من حيث التكيف الاجتماعى والمهنى . وعلى أية حال فإن الإخصائى الذى يقوم بتنفيذ هذا البرنامج يمكنه استغلال الخلايا والأعضاء غير المصابة أو التى تكون إصابتها جزئية ويسيرة . ويمكن للمريض بناء على ذلك الاستفادة من مواهبه الموجودة حالياً ، حيث إنه سيحصل على سرور متزايد بسبب حصوله على درجة أكبر من القدرة على الحركة ، وبذلك يساعد على تنفيذ البرنامج الموضوع لخدمته وتأهيله — وفى الوقت نفسه يكون ذلك دافعاً لليأس بالنسبة للمريض إذا لم يحصل على نتيجة إيجابية تتمثل فى الحصول على المزيد من الحركة وخصوصاً إذا كان قد بدأ فعلا فى تنفيذ برنامج حياته المستقبلة .

العوامل النفسية للمصاب بشلل الأطفال

بعد أن سردنا لمحة سريعة لطبيعة مرض شلل الأطفال ، نحب أن نذكر العوامل النفسية التى تعترى المرضى المصابين به إذا ما سبب عجزاً مستديماً . ومن البديهى أن نركز اهتمامنا على أربع مشاكل أساسية .

(ا) النواحى النفسية للمريض قبل حصول المرض والعجز .

(ب) النواحى النفسية التى تنشأ مباشرة عن المرض .

(حـ) التغيرات النفسية التى تطرأ نتيجة لتصرفات المريض إزاء عاهته .

(د) المشاعر النفسية والتفاعل الذى ينتج من اتجاهات الآخرين نحو المريض وتصرفاتهم بالنسبة إليه .

(ا) المميزات النفسية للمريض قبل حدوث المرض والعجز الجسمانى :

غالباً ما ترجع مميزات السلوك إلى الظروف التى تبدو لنا واضحة ، ولذا فإننا كثيراً ما نرجع الخصال الحميدة أو الرديئة فى الشخص المريض إلى عجزه الجسمانى ، فكثير من الأشخاص اعتبروا أن سر عظمة فرانكلين روزفلت ونجاحه نشأ عن إصابته بمرض الشلل ، كما يقرنون عبقرية بتهوفن الموسيقية بإصابته بالصمم . أو يعتقدون أن الشرير الذى يظهر فى السينما ضحية لما تعود عليه من إتيان الشر أو لسوء حظه الذى نشأ عن قذارة بيئته .

فإذا فكرنا فى ذلك بإمعان بصرف النظر عن تأثير العجز الجسمانى على الشخصية ، نجد أنه من الأهمية بمكان الأخذ فى الاعتبار ، المميزات الوراثية (فيما عدا العجز الخلقى) . وكذلك تجارب الشخص قبل حصول المرض المقعد أو الحادثة حيث أنه لا يحتمل أن يتسبب مرض أو حادثة ينتج عنها تغير جسمانى فى محو كل ما اكتسبه الشخص من تجارب وثقافة طبيعية أو تربية وتهذيب . ومن ثم فيجب استقصاء تاريخ الشخص مهنياً واجتماعياً ونفسياً قبل الحكم بأن

حالته الراهنة ناشئة عن إصابته بشلل الأطفال . فالمريض الذى أخفق فى حياته المدرسية ، كان يشعر بعدم التكيف فى علاقاته بالمنزل وبالمجتمع ، أو الذى لم يستطع أن ينمى لديه شعوراً بقيمته الشخصية أو بالثقةبنفسه أوبالشعور بالأمن والاستقرار وذلك قبل حصول المرض له ، فمن غير المحتمل أن يطرأ على حياة هذا الشخص أى تحسن نتيجة لعجزه الجسمانى ، اللهم إلا إذا كان هذا العجز قد هيأ له بيئة جديدة قد تكون أحسن من بيئته الأصلية . كما أنه لا يحتمل أن يصبح هذا الشخص جشعاً وقاسياً يميل إلى العدوان والعنف أو يصبح خجولا ومنطوياً على نفسه إلا إذا كانت هذه الصفات لديه فعلا من نوع أوآخر أو بشكل غير ظاهر قبل حصول العاهة الجسمانية . ولهذا يجب على أخصائى التأهيل المهنى أن يعد برنامجاً لمساعدة المريض فى حياته المستقبلة على هدى من تاريخ حياته السابقة ويجب عمل كل شيء ممكن كى لا يسمح المريض لنفسه أن ينتابها الشعور بالحسرة ، ولكى يحافظ على شجاعته ويحتفظ بمستواه الفكرى والعلمى ، ولكن يظل متكيفاً اجتماعياً ، وأن تبقى شخصيته متكاملة كما كانت قبل إصابته بالمرض .

وإن أى إخفاق فى تقدير أهمية تاريخ المشخص عند رسم برنامج لمستقبله، ربما ينتج إخفاقاً وفشلا لبرنامج التأهيل المهنى . وإن فى تقدير هذا العامل الهام ما قد يمنع دفع المريض إلى ميادين أخرى يحتمل أن يجد فيها بعض الأمل فى النجاح ، وحيث يؤدى الفشل فيها إلى الإقلال من الأمل فى التكييف بنجاح فى النهاية .

(ب) الآثار النفسية الناتجة مباشرة عن تفاعل المرض :

يجب أن نكون على يقين فى حالة مرض شلل الأطفال من احتمال ظهور آثار نفسية نتيجة لتحكم جرثومة المرض فى مجموعة الأعصاب المركزية ، وطالما أن مفعول الجرثومة لا يتعدى أعصاب الحركة السفلى أو خلايا النخاع

المستطيل بحبل الرقبة Cord فلا يحتمل أن يحصل تأثير كبير على تصرف الشخص فيما عدا ما يظهر من تغير فى حركته الجسمانية وفى بعض الحالات وخصوصاً فى الشلل الذى يصيب النخاع المستطيل يحصل التهاب فى المخ وعند ذلك تتلف بعض أجزاء عضوية فى المخ وينتج عنه تغير فى الأداء العقلى ، وعموماً يبدو ذلك فى قابلية المريض للتهيج والإثارة وفى ضعف قدرته على التركيز ، وعلى قدرته على تتبع ما يدور حوله ، وربما يحدث تغيير فى قدرتهالعقلية نفسها فضلا عن أنه فى حالات الشلل الذى يصيب نخاع العمود الفقرى وشلل النخاع المستطيل يتسبب التغيير فى التنفس فى حرمان المخ من كمية من الأوكسيجين وينتج عنها تغير فى تصرفات الشخص . ولحسن الحظ أن مثل هذه الحالات نادرة الحصول وأن الحالات التى تتغير فيها طريقة تصرف الشخص ترجع فى الغالب إلى عوامل فى البيئة التى سنتحدث عنها فيما بعد .

وبالنسبة لأخصائى التأهيل ،يكون ذلك نتيجة مباشرة للمرض حيث يمكنه التنبؤ بأقل قدر محتمل من التغير فى تصرفات الشخص على أنه يلزم التعرف على مدى إمكان حصول هذه التغيرات وخصوصاً فى حالات العجز الخطيرة التى تقترن بحصول حمى عالية ، وحرمان من الأوكسوجين وإصابة بالغة بالمخ ومجموعة الأعصاب الجمجمية .

(حـ) التغيرات النفسية التى تطرأ نتيجة لتصرفات المريض :

بالرغم من أننا نعلم أن مرض شلل الأطفال لا يسبب تغييراً جسمانياً فى معظم الحالات ، إلا أنه من المؤكد أن المرض يسبب وقوع وحدوث بعض التغييرات فى تصرفات المريض ، وينشأ ذلك إلى درجة كبيرة عن اتجاه المريض وشعوره نحو عجزه الجسمانى ، على أن ذلك يتوقف على :

١ — مدى الخوف من المرض .

٢ — اتجاهه وشعوره قبل المرض نحو العجزة عموماً .

٣ ـ كمية المعلومات الصحيحة والواضحة التى لديه عن أثر المرض فى حياته المستقبلة .

٤ ـ نوع التجربة التى مرت به من حيث شعور أقاربه وأصدقائه نحو عجزه الجسمانى ومعاملتهم له .

٥ ـ مدى اعتقاده وإيمانه بما لديه من قدرة على التدريب والتمرين وحرية التصرف والاعتماد على النفس والشعور بالأمن .

ولندرس كل من هذه النقط على حدة :

أولا : مدى خوف المريض من مرضه ويختلف ذلك من مريض إلى آخر ، إلا أننا نعلم بالتأكيد وجود بعض الخوف . ويتركز هذا الخوف حول القيود التى سيفرضها المرض على حركة المريض بعد انتهاء العلاج . ويزيد هذا الشعور سوءاً مايعلمه المريض عن تصرفات المجتمع وشعوره نحو العجز ، وبالإضافة إلى هذا فإن المريض يكيف هذه الفكرة حسب شعوره السابق نحو ذوى العجز الجسمانى .

وينبنى هذا التفكير على أنه مبدئياً تهديد للعقل الباطن ويحصل ذلك عندما يعتقد الشخص أنه ليس بكامل الصحة الجسمانية ويحدث هذا أيضاً حينما يعترى الشخص حسرة بسبب أنه لن يستطيع الحصول على أهدافه أو تحقيقها بعد أن كان ذلك ممكناً فى اعتقاده .

وهذا يقودنا إلى المصدر الثانى والخطير للخوف ألا وهو شعور الشخص وتصرفه قبل المرض مع المصابين بالعجز الجسمانى . لدى معظمنا شيء من الغيرة والتحيز لنوع أو آخر حتى ولو لم نشعر بذلك فيؤدى بنا ذلك إلى نكرانه وعدم الاعتراف به ، وينشأ ذلك من حاجتنا للشعور بالتفوق والنجاح الباهر وبأن هناك آخرين لا يمكنهم مجاراتنا فى هذا المضمار أو فى منافسات الحياة . إن هذه الاتجاهات شائعة جداً لدرجة أننا لا نحاول شرحها أو تقصى أسبابها بل إنها فى الحقيقة تكون إحدى نواحى وأركان قانون « المحافظة على النفس » .

ولهذا فإننا نميل إلى البحث عن الأشخاص الذين يتميزون بعلامات خاصة إذا ما وجدت عند شخص ما اعتبر غير كفء وغير كامل بسبب هذه العلامة أو المميز الجسمانى ، ومن البديهى أن العجز الجسمانى هو واحدمن هذه العلامات أو المميزات الجسمانية وبالتالى فإن كثيراً من الناس يقررون « أنهم لا يحتملون صحبة شخص عاجز » أو أن « الأشخاص المصابين بعجز جسمانى هم فى الواقع عبء ثقيل على ميدان الصناعة » وغير ذلك من التعبيرات والجمل المختلفة التى تقال أو تكون مفهومة من تصرفات الناس نحو المصابين بعجز جسمانى . على أن بعضاً آخر من الناس يعتقدون أن الإصابة بالعجز الجسمانى ما هى إلا عقاب لهم على تصرفات ماضية أو على سيئات آبائهم ، أما بعضهم الآخر فإنهم يحاولون إخفاء الشعور المتقدم بالمبالغة فى الاهتمام بشأن العجزة وفى العطف عليهم وفى الألم والحسرة من أجلهم .

وبما أن الشعور موجود لدى معظمنا بشكل أو بآخر ، فإنه من المتوقع عند حصول عجز جسمانى لشخص ما أن يجد نفسه ضحية للشعور الذى كان يعتريه سابقاً ولا يمكن التغلب على هذا الشعور بسهولة ، إذ أنه نشأ مع الشخص ، ومن ثم يكون من العسير تجاهله فى وقت هو فى مسيس الحاجة لعمل ذلك بغية راحته واستقراره .

والعامل الثالث الذى يثير الخوف هو علم المريض بالآثار التى يمكن أن تترتب على عاهته ، وغالباً ما يكون المرء فى حيرة حينما يحاول تقدير مدى حالته الجسمانية ، ومدتها ، والآثار المترتبة عليها ، فكثيراً ما يبالغ فى تقدير القيود التى ستفرضها عليه عاهته ومتناسياً فى ذلك كفاءته ومواهبه التى يستغلها كلية أو التى لم يستغلها كما ينبغى حتى ذلك الوقت . على أنه يحدث أحيـــاناً أن يقلل المريض من شأن المرض ويستهين به ويتوقع من جسمه أن ينتج أكثر مما يحتمله أو ينتظر منه حتى لو لم يكن به عاهة على الإطلاق ، وعلى ذلك فإن جهل المريض وقلة كفاءته فى تقدير مواهبه والإمكانيات التى تترتب عليها يؤديان به

إلى الشعور بالخوف المفتعل الذى لا حاجة للمريض به .

(د) العوامل النفسية الناشئة من اتجاهات وتصرف الآخرين نحو المصاب بشلل الأطفال :

لقد ذكرنا آنفاً أثر اتجاهات أفراد الأسرة وشعور المجتمع نحو الفرد المصاب ، فهذا عامل فى غاية الأهمية من حيث خلق الشعور بالخوف لدى الفرد ، وكذلك تكيفه مع بيئته ، ومن المدهش أن اتجاهاتنا كمجتمع لم تتغير كثيراً منذ العصور القديمة حتى يومنا الحاضر . ولا منذ المجتمعات البدائية حتى مجتمعنا الحالى الذى اتسم بالحضارة والتقدم والتعقيد .

وعند النظر بطريقة واقعية إلى مشاكل المصابين من الرجال والنساء ، فإنه يجب ملاحظة أن معظمنا لا يحب أن يكون مختلفاً عن الآخرين . فعند ما نتمسك بفرديتنا فإننا فى الحقيقة نعنى أن نكون مختلفين عن غيرنا ولكن بدرجة لا تجعلنا فى حكم المنبوذين ، فمثلا عند ما يتميز أحد الأشخاص بالتفكير الابتكارى السريع فإن بعضنا يعبر عن ذلك « بالعبقرية » ويعتبره بعض آخر « نوعاً من الجنون » أو « الخبل » وإذا كانت لدينا موهبة ممتازة للرسم أو الموسيقى فإن بعضاً من الناس يمدحوننا ولكن عند ما يديرون ظهورهم يسموننا « غريبى الأطوار » أو « شواذ » وربما قالوا « عجباً ، ألا تعرف كيف يتصرف الفنانون ! ! » .

وكذلك الحال فى حالة الاتجاه الاجتماعى نحو المصابين . . فالمريض بشلل الأطفال الذى أصيب بشلل فى ذراعه أوساقه أو فى كليهما معاً ، يصبح موضع التفرقة والاختلاف يتحشاه الناس حيث إنه يختلف عن الآخرين .

لكن هناك بعض الناس يعتقدون أنه يمكن التغلب على هذه الاتجاهات الاجتماعية بتطبيق نظم التعليم الصحيحة التى تحمل المجتمع على نسيان هذه الفروق وعلى تقبل الفرد كما هو ، وربما كان هذا صحيحاً ، وعلى أية حال فليس هناك أى ضرر من متابعة الجهود التى تهدف إلى تقبل المصابين وتحسين اتجاه المجتمع نحوهم . على أنه من المسلم به أن اتجاهات المجتمع هذه وشعوره

نحو المرضى وذوى العاهات ، هى ثمرة أزمان وتجارب طويلة لا يمكن استئصالها بسهولة ، وعليه يجب بذل جهود مضنية لإعداد المرضى والمصابين كى يتقبلوا هذا الشعور وهذه الاتجاهات وأن يولدوا لدى أنفسهم التعود على عدم الاعتراض عليها أو الامتعاض منها .

فإذا ما تلاشى قلق الشخص وانزعاجه بسبب هذه الاتجاهات ، وإذا ما تأكد أنه يمكنه تنمية كفاءاته إلى أقصى حد وأنه بعد ذلك يستطيع التنافس مع غيره على أساس « البقاء والفوز للأصلح » وإذا ما تأكد أنه هو الشخص الأصلح ، إذا حدث كل ذلك كان معناه ازدياد فرص النجاح لهذه الفئة بشكل أجدى للتغلب على ما تفرضه عاهتهم عليهم من قيود وذلك بدلا من أن ينتظروا حتى يغير المجتمع من شعوره واتجاهاته نحوهم .

ويلاحظ أن اتجاه المجتمع وشعوره نحو المريض بشلل الأطفال ذو أهمية مضاعفة حيث أن العجز يحصل للمريض حينما يكون صغير السن ولهذا فإن تقبل الطفل المريض بشلل الأطفال بواسطة والديه، وأساتذته ، وأقرانه فى اللعب فى المدرسة وخارجها ، كل هذا يكون له أكبر الأثر فى التكيف النهائى لهذا الطفل .

أبحاث ودراسات فى النواحى النفسية

لشلل الأطفال

إن مرض شلل الأطفال غالباً ما يصيب الأطفال أنفسهم ولهذا فإن معظم الدراسات التى عملت فى هذا المضمار انصبت على أعمار لا تخضع للاعتبارات المباشرة لمكاتب التأهيل المهنى ، على أنه بمرور الوقت يصبح بعض هؤلاء الأطفال عملاء المكتب ، وبناء على ذلك فإن معرفة مشاكلهم فى سنيهم الأولى ربما يكون ذا فائدة كبيرة فى حل مشاكلهم فى السنين التالية .

فى سنة ١٩٣٠ قام فان بوجارت Van Bogaert بدراسة الانحرافات الخلقية التى اعتبرها اضطرابات نفسية فى الأطفال نتيجة لإصابتهم بشلل الأطفال وفى نفس الوقت ناقش نويل[١] Newell حالة طفلين عاشا من ثلاث توائم وأصيبا بشلل الأطفال ، لكن المرض ترك أثراً لدى أحدهم ولم يترك أى أثر ظاهر لدى الآخر . ونتيجة لذلك ظهر أن المشاكل النفسية التى اعترت الطفل الأول كانت نتيجة للأثر الذى تركه المرض ، لا لإصابته بالمرض نفسه ، فضلا عن أن عدم تقبل الوالدين لطفلهم المريض يزيد فى تعقيد الحـــالة ويطيل من المجهودات التى تبذل لكى يتعود الطفل على حياته الجديدة . وقد توصل جريفين وهوك وباراكلوف[٢] Griffin, Hawke & Barraclorough فى سنة ١٩٣٨ إلى أنه يلزم توجيه المرضى الصغار ليتكيفوا أو يتعودوا على الفترة الطويلة التى سيقضونها فى النقاهة ، كما يجب تفهيم آباء هؤلاء الأطفال المشاكل النفسية التى تعترى هؤلاء الأطفال نتيجة للمرض ، وكذلك نتيجة لما يتخلف عنه من آثار .

وقد سجل عدد من الباحثين آثار شلل الأطفال على الذكاء وعلى المستوى العلمى ، وقد قرر جوردن[٣] Gordon et al أن المرض لم يكن له تأثير يذكر على مستوى الذكاء بالرغم من أن الغياب الطويل والتغير فى التصرفات نتيجة للإقامة الطويلة بالمستشفى ، غالباً ما ينتجان اضطراباً عاطفياً يؤدى إلى عرقلة قدرتهم على مزاولة الدرس ويسبب حدوث التأخر الدراسى ومصاحباته الاجتماعية والنفسية.

أما برونسون كروثرز واديث ماير[٤] Bronson Crothers & Edith Meyer فقد درسا أطفالا أصيبوا بالمرض فى أعصاب المخ وآخرين قد سلموا من هذا

---

(١) Newell, H.M.: Differences in the Personalities of the Surviving Pair of a Set of Identical Triplets. Am. Journ. Orthopsychiat. 1930, 1, 6081.

(٢) Griffin, J.D.M., Hawke, W.A. and Barroclough, W.W.: Mental Hygiene in an Orthopedic Hospital J. Pediat. 1938, 13, 75.

(٣) Gordon, R.G., et al.: Does Poliomyelitis Affect Intellectual Capacity Br. Med. J. 1939 2, 803-5.

(٤) Crothers, Bronson & Myer.: The Psychologic & Psyciatric Implication of Poliomyelitis J. of Pediat. 1946, 28, 324-26.

الأثر . ووجد أنه فى الحالة الأولى يحصل تغير فى القدرة على تمييز الحركة بواسطة الرؤية ، وكذلك فى تفهم العلاقات الخاصة بالأبعاد والمسافات ، كما لوحظ وجود نقص فى القدرة على التعلم أو الفهم والاستذكار والانتباه بالإضافة إلى سرعة التهيج والإثارة . وفى حالة إصابة العمود الفقرى بذلك المرض دون أن يكون له أثر يذكر على خلايا المخ فإنه تظهر آثار مماثلة بشكل أخف وقد أرجع الباحثون سبب ذلك إلى اضطراب نمو الطفل بشكل طبيعى فى بيئته الطبيعية ، كما أن انعدام فرص الحركة والاختلاط الاجتماعى والتمتع بالحب الأبوى تعتبر العوامل الأساسية التى تسبب هذه النتائج .

وحديثاً قام فيليب وبرمان وهانسن[١] بعمل بحث لم تخضع عوامل البيئة فيه لأى تحكم أو ضبط بالرغم من أن العمر والجنس والذكاء والمستوى المدرسى والمركز الاجتماعى الاقتصادى قد خضعت للمقارنة بالأطفال غير المصابين بشلل الأطفال والذين لم يدخلوا مستشفى للعلاج ، اتضح منه أنه لم يكن هناك فرق يذكر فى مستوى الذكاء وذلك عند استعمال مقياس ستانفورد بينيه ، على أن الأبحاث الكلينيكية لهذه النتائج تبدو أقل واقعية مما تبدو ظاهرياً ، وهناك ملاحظات هامة أبديت بخصوص التغيرات التى تطرأ على الشخصية أو القدرة المهنية أو التكيف الاجتماعى . فمثلا لم تجد مارى جيتس Gates أى فرق ملحوظ بين المراهقين من الأولاد والبنات المرضى منهم والأصحاء وذلك عند إجراء عدد كبير من التجارب النفسية عليهم ، ، لكنها وجدت بشكل قاطع من المقابلات الفردية معهم ، ومن تاريخ حياة كل منهم أن العلاقات الاجتماعية والثقافة داخل الأسرة كوحدة متماسكة تؤثر بدرجة كبيرة على تكيف الشخص أكثر مما تفعل الإصابة .

(١) Philips, Berman & Hanson : Intelligence & Personality Factors associated with Poliomyelitis Among School Age Children. Soc. for Res. in Child Development. Monog 45, 1947.

أما ونكلر [١] فقد قرر الميل إلى الانطواء ، شعور العداء والشعور بالمهانة بين الأطفال المرضى وذلك عند مقارنتهم بالأصحاء – وقد أعقب ذلك أبحاث أخرى قام بها عدد من الأخصائيين أشاروا فيها إلى تكيف المريض بعد العلاج . وبعد ملاحظة مجموعة كبيرة من المرضى لمدة عشر سنوات أشاروا فيها إلى أنه إذا ما تركز توجيه المريض وإقناعه بكفاءاته ومواهبه الجسمانية والعقلية بدلا من الإشارة إلى مسئولياته المترتبة على إصابته فمن المحتمل جداً أن يتجه نحو الأساليب الطبيعية العادية ويسهل تكيفه الاجتماعى الاقتصادى المهنى كلما قلّ ذكر قيود عاهته نتيجة لإفهامها له فى وقت مبكر عند بدء مرحلة المرض ، وإذا ما اختير له مهنة لا تحتاج إلى كفاءة تتعارض مع قيود عاهته ، وكذلك الإشراف والملاحظة الكافية بغية تلافى أى ألم أو حسرة تنتابه نتيجة للصعوبات المتعلقة بهذا العمل . وقد برهنت الملاحظة لمدة طويلة أن المصابين بدرجة خطيرة كثيراً ما يكونون فى غاية النجاح فى التمتع بحياة مرضية ، وفى كسب عيشهم ، وذلك بالقياس للأصحاء ، فضلا عن أنهم يتكيفون اجتماعياً بشكل مرضى ، وذلك بالرغم من أن شعورهم بالألم والحسرة يحصل بدرجة أكثر وبشكل أعمق مما يحصل للأصحاء .

وترتبط مشاكل السلوك الخاصة بالأطفال المصابين بشلل الأطفال بشعور الأبويين وتصرفاتهم نحوهم ومبالغتهم فى القسوة عليهم والتحكم فيهم .

وقد لاحظ بعض الإخصائيين أن الألم والحسرة التى تنتج عن العاهة تبدو فى شكل سرعة الإثارة والبكاء والانطواء أو الارتباك والدهشة .

وقد قرر بعض آخر الخطأ فى تقدير هؤلاء الأطفال الذين يؤكدون رغبتهم فى اتباع النظم العادية ، وفى أن يكونوا مثل غيرهم حيث ظهر فى الواقع أنهم لا يستطيعون كبح جماح مشاعرهم الداخلية .

(١) From Social Sc. Council Bulletin. 59, 1946 on "Adjustment to Physical Handicap".

خاتمة

وما زالت هناك مناطق غير مطروقة فى قائمة أبحاث مرض شلل الأطفال وقد استعرضت أخيراً الاحتياجات فى هذا المضمار[1] ، وأحدها وهو فى غاية الأهمية يتعلق بزيادة المعرفة فيما يتعلق بآثار عوارض التنفس أو ما يهدد التنفس الذى يصيب بعض أنواع مرض شلل الأطفال .

وكذلك آثار التغير فى توازن الغازات فى الدم blood-gas balance وفى بناء أنسجة المخ ، فضلاعن آثار الإصابات فى المخ على شخصية المريض ، كلها فى حاجة إلى بحث وتوضيح .

وهناك أيضاً مشاكل مساعدة المريض على التنفس آلياً وإنا نؤمل أن تتطور هذه الآلات وتساهم فى تأهيل المريض لحياة أفضل .

وهناك أيضاً الحاجة إلى أساليب سيكولوجية أفضل لمعالجة النواحى النفسية الاجتماعية التى تتولد عن هذه المشكلات جميعاً .

المراجع

1. Paul, John R.: ' *A Summary of Current Knowledge and Trends in Poliomyelitis*". The Merck Report, 1952, 61, 3-8.
2. Newell, H.M.: *Differences in the Personalities of the Surviving Pair of a Set of Identical Triplets*". Am. J. Orthopsychiat. 1930, 1, 60-81.
3. Griffin, J.D M , Hawke, W.A. and Barraclough, 'W.W.: *Mental Hygiene in an Orthopedic Hospital*". J. Pediat., 1938, 13, 75.
4. Gordon, R.G., et al.: *Does Poliomyelitis Affect Intellectual Capacity* ? Br. Med. J. 1939, 2, 803-5.

---

(١) Seidenfield, M.A.: Problems in Psychological Research in Poliomyelitis, Amesterdam, 1951.

5. Crothers, Bronson & Myer.: *The Psychologic and Psyciatric Implications of Poliomyelitis*". J. of Pediat., 1946, 28, 324-26.

6. Philips, Berman & Hanson : *Intelligence and Personatity Factors Associated with Poliomyelitis Among School Age Children*". Soc for. Res. in Child Development. Mon 45., 1947.

7. Social Science Council Bulletin. 59, 1946, on *Adjustment to Physical Handicap*".

8. Seidenfield, M.A.: *Problems in Psychological Research in Poliomyelitis*". Amesterdam 1951.

الفصل الثامن

سيكولوجية المقعد

القُعاد وأسبابه

لفظ « المقعد » يعنى أموراً مختلفة عند الكثيرين ، فنجد أنه يفسّر فى كتاب الإحصاء السنوى بلفظ « كسيح » مع أن هذا الاصطلاح له معان أكثر من ذلك كما سنبين بعد . وفى هذا الكتاب نجد أن عدد المقعدين فى مصر حسب إحصاء ١٩٤٧ يبلغ ٥٥٨٤ شخصاً قد تمكن الإحصائيون من حصرهم . وأغلب الظن أنهم لم يصلوا إلى النسبة الكبرى من هذه الفئة ، لا لشيء إلا لأنهم « مقعدون » يلزمون دورهم ولا يتصلون بالمستشفيات أو الأطباء ، كما أنهم يقعدون عن السعى لأرزاقهم فى مختلف المهن ويعتمدون على غيرهم من الأصحاء ، فكما جاء فى أحد التعاريف الرسمية (بميتشجان)[١] :

« المقعد هو الذى لديه سبب عاق حركته أو يعوقها نتيجة لفقد أو خلل أو عاهة فى العضلات أو العظام تؤثر على قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه »

أو كما جاء فى تقرير نشرته لجنة البيت الأبيض[٢] :

« الطفل المقعد هو الذى لديه عيب ينتج عنه عاهة أو يتسبب فى عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية ، وتكون هذه الحالة إما خلقية ، أو ناتجة عن مرض أو حادثة ، وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض »

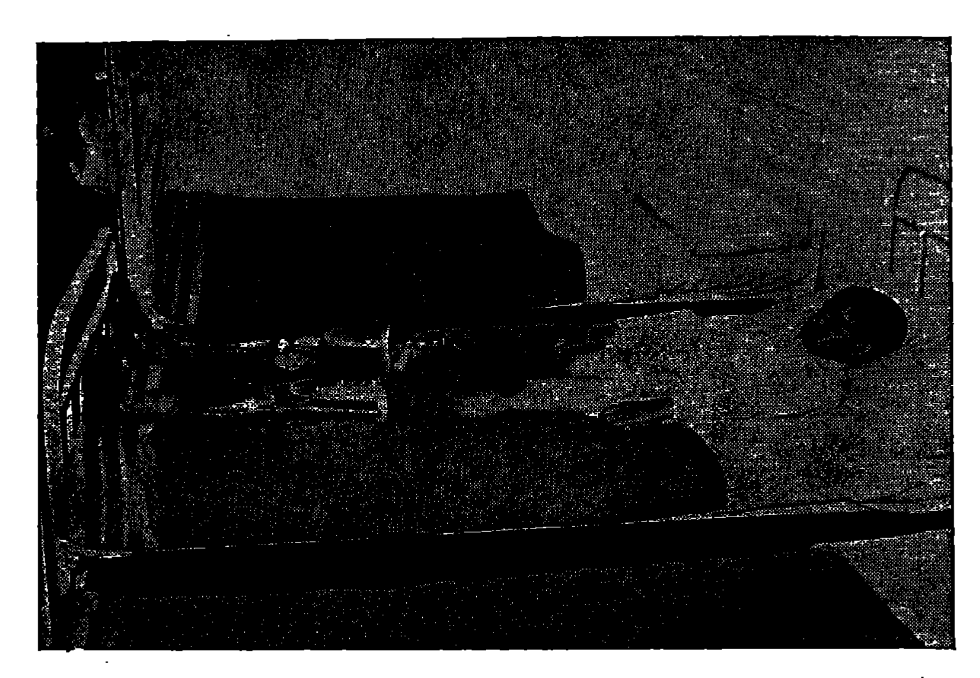
---

(١) Michigan Crippled Children Commission. 1932-34, Report (Mich, 1934)

(٢) White House Conference on Child Health and Protection, The Mentally and Physically Handicapped. (Century, N.Y., 1931).

واستعملت لجنة مدينة نيويورك الخاصة بالأطفال المقعدين التعريف التالى[١]

« الطفل المقعد هو الشخص الذى لم يبلغ ٢١ سنة ولديه عائق خلقى أو مكتسب فى أطرافه أو فى عضلات جسمه تجعله غير قادر على التنافس على قدم المساواة مع غيره من الأشخاص من نفس السن » أما فى إنجلترا وويلز فإنهم يعتبرون الأطفال المقعدين من لديهم عاهة فى أطرافهم أو المصابين بشلل الأطفال أو حالة من حالات مرض القلب .



(شكل ٨)

صبى مصاب ببتر الساق اليمنى فوق الركبة والساق اليسرى تحت الركبة

وإن تقديرات شيوع الظروف التى ينتج عنها العجز الجسمانى تختلف وتتفاوت نتيجة لاختلاف وتفاوت التعاريف الخاصة بها وكذلك لانعدام الدراسات فى هذا المجال على نطاق واسع . ولقد قدرت لجنة البيت الأبيض عدد الأطفال المقعدين فى الولايات المتحدة بحوالى ٣٠٠,٠٠٠ طفل أى بنسبة ٣ فى الألف —

(١) New York City, Commission for the Study of Crippled Children, The Crippled Child in New York City. (1940)

أما ميتشجان فقد ذكر ثلاث حالات فى الألف من الأطفال فى السن المدرسى ببعض الولايات ، على أن بعض الولايات الأخرى ذكر العدد فيها على أنه ٩ فى الألف .

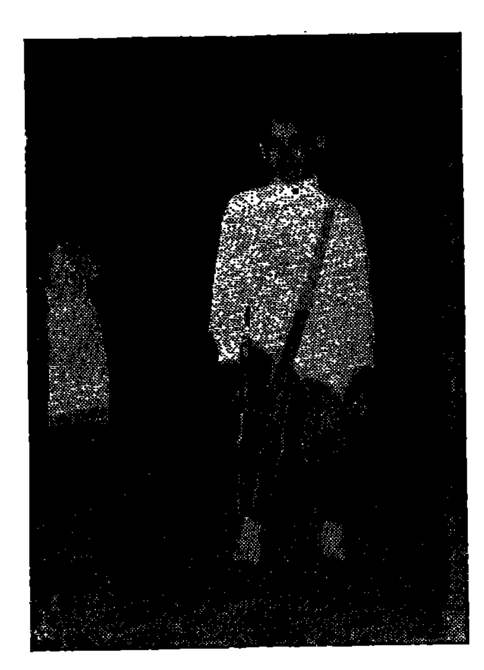
فمثلا فى نيوجرسى قدرت النسبة بحوالى ٧,٢٤ للألف لسن ١٨ سنة أو أقل ، وفى بحث أجرى أخيراً كانت النسبة فى مدينة نيويورك ٧,٢ للألف حتى سن العشرين .

ورغم ما فى هذه التقديرات من تباين ، فإنه يبدو واضحاً أن عدد الأولاد المقعدين من الأولاد أكبر منه فى البنات . فنى ولايات كليفلاند ونيويورك كانت نسبة الأولاد ٥٥ ٪ من مجموع الأولاد والبنات المقعدين ، وفى شيكاجو كانت النسبة ٥٣ ٪ وفى مدينة نيويورك كانت ٥٢,٤ ٪ وحتى بين الكبار كانت نسبة الرجال المقعدين أكبر منها فى النساء أيضاً ويرجع ذلك إلى حوادث الصناعة.



(شكل ٩)
نفس الصبى يلبس الساقين الصناعيتين بنفسه

ويبدو أن السن التى يصبح فيه هؤلاء الأطفال مقعدين له علاقة وارتباط كبير ببرامج التعليم ، فمثلا فى شيكاجو ٨٣٪ من المقعدين الذين فى سن ٢١ سنة أو أقل أصيبوا بالعاهة فى سن السادسة . وعند بحث حالة مجموعة من الأطفال المقعدين فى ويسكونسن وجد أن ٩٧ ٪ منهم أصيبوا بالعاهة قبل سن السابعة ، وعند دراسة ١٢٧٧ طفل مقعد فى مدينة نيويورك وجد أن ٣٣ ٪ منهم كانوا مقعدين عند الولادة نتيجة لعاهة خلقية ، وأن ٤٩٪ ممن أصيبوا بأمراض غير شلل الأطفال أصيبوا بالقعاد قبل سن الخامسة و ٩١٪ قبل سن العاشرة .



(شكل ١٠)
نفس الصبى بعد لبس الجهاز

أما أسباب القعاد ، فقد اتضح من بحثها أن شلل الأطفال كان أكثرها شيوعاً وخطورة — وعند بحث الحالات الموجودة فى ٥٧ مؤسسة تعليمية خاصة وعامة فى ١٤ ولاية ظهرت أسباب القعاد كما جاءت فى تقرير لجنة البيت الأبيض كالآتى :

شلل الأطفال	٣٣,٤ ٪
سل العظام	١٢,٦ ٪
الشلل التشنجى	١٤ ٪
العاهات الخلقية	١٠ ٪
أمراض القلب	٨ ٪
الحوادث	٦ ٪
متنوعات	١٦ ٪

وقد قام ماكلويد ببحث ٢٠٠٦ طفل مقعد فى الريف ورتب الأسباب كما يلى :

شلل الأطفال	٢١ ٪
عاهات الخلقة	٩ ٪
إصابات الحوادث	٩ ٪
سل العظام أو المفاصل	٨ ٪
التهاب نخاع العظام	٧ ٪
الشلل التشنجى	٧ ٪

أما تقرير لجنة مدينة نيويورك فقد ذكر الأسباب الآتية :

شلل الأطفال	٢٩ ٪
آثار ما قبل الولادة	٢,١٨ ٪
تشوهات الولادة	٧,١٥ ٪
العدوى	٩,١٢ ٪
الجروح أو العوامل الجسمانية	٦ ٪
الخلل فى نمو العظام	٥,٤ ٪
الاضطرابات الناشئة عن تغيرات كيماوية	٧,١ ٪
نمو جديد فى أعضاء الجسم	٥,٠ ٪
أسباب مجهولة أو غير مؤكدة	١١,٥ ٪

وقد أظهرت الأبحاث حديثاً زيادة فى نسبة الإصابات بالشلل فى أعصاب المخ ، ولا يعنى ذلك زيادة عدد حالات المصابين بهذا المرض بل ربما كان ذلك راجعاً إلى دقة التشخيص والبحث . وفى الماضى كان يعتبر المصاب بشلل فى أعصاب المخ من فئة « ضعاف العقل » وكان يرسل إلى إحدى المصحات الخاصة بالأمراض العقلية ، على أن الدكتور وينتروب فيلبس قدر عدد الإصابات بالشلل فى أعصاب المخ بمقدار يتراوح بين ٤٠ و ٥٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان ، وبمقدار ٣٠ ٪ ممن أصيبوا بأمراض عقلية .

ذكاء المقعدين

لقد أحرز الطب تقدماً ملحوظاً فى رعاية الأطفال المقعدين وعلاجهم ، وقد عملت فى هذا المضمار أبحاث كثيرة ، إلا أن الأبحاث النفسية الخاصة بالمقعدين كانت قليلة — ففى سنة ١٩٢٥ قام فرنالد وأرليت[1] بدراسة مستوى الذكاء عند ١٩٤ طفل كانوا ملتحقين بمدرسة للمقعدين وقد طبق اختبار ستانفورد بينيه للذكاء على جميع هؤلاء الأطفال ، ثم أعيد تطبيق الاختبار على ٦٦ منهم. وقد كانت نسبة الذكاء فى الاختبار الأول تتراوح بين ٣٠ و ١٣٨ بمتوسط ٨٢،٣٥ وكان معامل الارتباط بين نتيجة الاختبار فى المرتين ٠،٩٠ ± ٠،٠١٥ ، ولمعرفة العلاقة بين الذكاء ونوع المرض المقعد ، قسمت المجموعة إلى سبع فئات حسب نوع المرض المقعد ، واتضح أن الفئة المصابة بالشلل فى أعصاب المخ أو فى أعصاب المخ المركزية حصلت على أقل مستوى فى الذكاء ، وبفحص الدرجات التى حصل عليها كل فرد ، اتضح أن هناك أربع حالات كانت نسبة الذكاء فى كل منها أقل من ٦٠ وكانت كلها تقع ضمن هاتين الطائفتين ، ولم يحصل أى فرد فى الفئتين على نسبة أكثر من ١١٠ ، هذا وقد بلغت نسبة الأطفال الذين كانت نسبة ذكائهم أكثر من ٩٠ مقدار ١٤ ٪ فقط يقابلها ٤٤٪ بالنسبة للفئات الأخرى. وينبغى عدم المبالغة فى نتائج الذكاء الخاصة بالمصابين بالشلل فى أعصاب المخ خصوصاً إذا كان ذلك مصحوباً بعائق خطير فى أعضاء السمع أو الكلام ، وينطبق هذا على ما قررته الدكتورة اليزابيث[2] لورد حينما

---

(١) Fernald, M.R., & A.H. Arlitt: "Psychological Findings Regarding Crippled Children" Sch. & Soc., XXI (1925), 449-52.

(٢) Lord, E.E.: Children Handicapped by Cerebral Palsy: Psychological Factors in Management. (Commonwealth Fund, N.Y, 1937)

ذكرت أن « اختبار ستانفورد بينيه يعطى كخطوة أولى مع الأخذ فى الاعتبار السن والقدرة الجسمانية ، نتائج توجيهية مقيدة إلا أن نظرية العمر العقلى من وجهة النظر الإكلينيكية نادراً ما تطبق على الأطفال المصابين بالشلل فى أعصاب المخ وغالباً ما تكون غير مجدية أو واضحة » .

وقد فحصت بيانات فرنلد وأرليت لمعرفة العلاقة بين مستوى الذكاء والسن التى حصلت فيه الظروف التى أدت إلى القعاد ، فكان متوسط نسبة الذكاء لمن ولدوا مقعدين ٧٥,٧٥ أما متوسط نسبة الذكاء لمن أقعدوا فى سن السادسة فكان ٨٨,٣٢ على أن شرح هذه الفروق كان متعذراً حيث إن حالات شلل أعصاب المخ كانت فى الفئة الأولى ، أما معظم الحالات فكانت مصابة بشلل الأطفال بعد بلوغ السن المدرسية ، ويتضح من هذا أن مستوى الذكاء للمصابين بشلل الأطفال أعلى منه فى غيرهم من الفئات . وقد اكتشف مقياس تقريبى لدرجة خطورة القعاد أمكن بواسطته المقارنة بين مستوى الذكاء ودرجة الإقعاد، وتبين أن هناك اتجاهاً يسيراً لمستوى الذكاء أن يقل كلما زادت درجة القعاد ، غير أن هذه الظاهرة لا يعول عليها .

وهناك جزء من البحث جدير بالاهتمام وهو الخاص بالمقارنة بين مستوى ذكاء فئة المقعدين وبين أشقائهم إذ كان متوسط نسبة الذكاء للمقعدين ٨٣,٩ على حين كان متوسط نسبة ذكاء أشقائهم ٨٩,٢ وهذا الفرق ومقداره ٥,٣ ليس له دلالة إحصائية . ويمكن تلخيص نتائج هذا البحث كما يلى :

١ — يمكن الاعتماد على اختبار « ستانفورد بينيه » إذ كان معامل الثبات وهو عبارة عن معامل الارتباط بين نتائج تطبيق الاختبار مرتين على ٦٦ حالة — هو ٠,٩٠ ± ٠,٠١٥ .

٢ — ليس هناك علاقة واضحة بين مستوى الذكاء والسن التى حصل فيها القعاد .

٣ — هناك ظاهرة انخفاض مستوى الذكاء كلما ازدادت درجة خطورة القعاد.

٤ ـ الأطفال المقعدون يتشابهون مع أشقائهم فى مستوى الذكاء وليس للفرق أى دلالة .

وفى سنة ١٩٣١ قام لى[1] بدراسة ١٤٨ طفل مقعد فى مستشفى الأطفال بسياتل بواشنطون وكانت أعمارهم بين ٣ ، ١٦ سنة وتتراوح نسب الذكاء بين ٣٥ و ١٣٨ بمتوسط ٨٦,٨ كما درس لى العلاقة بين ظروف القعاد ومستوى الذكاء . وكان أعلى مستوى للذكاء هو ١٣٨ حصل عليه طفل مصاب بالشلل ثم تلاه ١٣٠ ، ١٢٢ حصل عليها أطفال مصابون بشلل الأطفال .

وقد قام وينى وسميث[2] باختبار ١٤٨٠ طفل من المقعدين فى مدارس المقعدين فى شيكاجو وسنت لويس وكليفلاند ، وتوليدو ، واستعملا اختبار كوهلمان ــ أندرسون على ٣٥٠ طفل واختبار ستانفورد بينيه مع الباقين وكانت نسب الذكاء تتراوح بين ٥٠ و ١٣٠ بمتوسط ٨٤,٥ ، كما اتضح أن نسبة الذكاء فى ٥٠ ٪ من الحالات كانت أقل من ٩٠ . وقد قارن الباحثان بين مجموعة المقعدين التى أجروا عليها أبحاثهم وبين مجموعتين أخريين من أطفال المدارس وقد اتضح من هذه المقارنة ندرة حصول المقعدين على نسبة ذكاء عالية .

وعملت مقارنة أخرى بين ١٠٠٠ طفل من أطفال المدارس الذين أجرى ويتى عليهم تجاربه وبين ٦٧٠ طفل أعمى ، وقد قسم الأطفال إلى سبع فئات تبين الأعمى والمبصر والمقعد ، وقد ظهر من هذه المقارنة أن العميان يتفوقون على المقعدين إلا أن هذه النتيجة لا يمكن التسليم بها بهذه الطريقة بدون تقص وبحث وخصوصاً أن المقارنة غير متكافئة ، لأن التعديل الذى أدخله هيز على اختبار بينيه للعميان جعله أكثر سهولة من اختبار ستانفورد بينيه ، ومن ثم لا يمكن أن تظهر نفس النتائج ، وعلى أية حال ، فقد أظهر هذا البحث أن

---

(١) Lee, M.V.: "The Children's Hospital; A Survey of the Intelligence of Crippled Children , J. Ed. Res., XXIII (1931) 164-7.

(٢) Witty, P.A., and M.B. Smith : "The Mental Status of 1480 Crippled Children". Educ. Trends, I (1932), 22-24.

عدد المتعلمين بين الأطفال المقعدين أقل كثيراً مما هو بين الأطفال الآخرين.

وقد قام ستانتون بإجراء بحث على ٣٠٠ طفل مقعد فى نيويورك وكونتكت ومساتشوستى مستعملا اختبار ترمان — ميريل — بينيه، وكان ضمن المجموعة مقعدون من جميع الأنواع ما عدا المصابين بالشلل فى أعصاب المخ وكانت نسب الذكاء تتراوح بين ٣٥ إلى ١٤٠ بمتوسط ٨٨ ، وكما ظهر فى الأبحاث الأخرى كان أعلى مستوى للذكاء بين المقعدين خاصاً بفئة المصابين بشلل الأطفال إذ كان متوسط الذكاء بينهم ٩٤ .

ولقياس مستوى الذكاء بين أسر المقعدين ، أخذ المتوسط لنسب الذكاء الخاصة بالأخ الشقيق الذى يلى المقعد وكذلك الأخ الشقيق الذى يسبقه ، وأمكن الحصول على بيانات عن مائة أسرة ، وقد اتضح أن نسبة الذكاء للمقعدين كانت ٨٦ ولأسرهم — كما يستنتج من متوسط نسب الذكاء للشقيقين السابق واللاحق للمقعد — كان ٩٠ وليس هذا بفرق كبير من الوجهة الإحصائية . وقد استعمل اختبار الذكاء العملى لبنتنر — باترسون Pintner-Patterson على ١٠٠ طفل مقعد تراوحت أعمارهم بين ٧ و ١٢ سنة وسمحت عاهتهم لهم باستعمال المواد الخاصة بالاختبار ، وقد اتضح أن نسب ذكائهم كانت تتراوح بين ٤٠ و ١٥٠ بمتوسط ٩٠ .

التحصيل الدراسى

لم يتسن الحصول إلا على تقرير واحد فقط عن التقدم المدرسى للأطفال المقعدين قامت بعمله باربور[1] على ٤٠ حالة لشلل الأطفال ظهر أن تسعة منها تأخر أصحابها سنة واحدة وأربعاً تأخروا سنتين واثنتين لمدة ثلاث سنوات

(١) Barbour, E.H.: Adjustment during Four Years of Patients Handicapped by Poliomyelitis." N. Eng. J. Med., CCXIII (1935), 563-5.

دراسية وأنه لم يكن هناك أى مجهود نحو التقدم .

وبعد محادثات مع مدرسين من مختلف الجهات ، اتضح أن الاتجاه إزاء دراسة المقعدين هو إعطاء نفس البرنامج أو المنهج الذى يدرسه الأطفال العاديون على أنه ليس لدينا صورة واضحة للمركز التعليمى لهؤلاء الأطفال .

ومع ذلك فقد قرر نلسن[١] أن هناك تأخراً كبيراً بين الأطفال المصابين بعجز جسمانى فى مدارس مينوسوتا رغم أنه لم يتسن التمييز بين مختلف أنواع المقعدين . وقد أكد هذه النظرية هل Hull حين قرر أن الأطفال المقعدين فى انجلترا وويلز غالباً ما يتأخرون فى الدراسة عن زملائهم مدة تتراوح بين سنة ونصف وسنتين .

شخصية المقعد

لقد طبق روزنبوم[٢] طبعة سنة ١٩٢٩ من اختبار ثيرستون للشخصية على ٤٣ بنتاً كن فى ثالث صيف لهن فى إحدى الملاجئ الخيرية للمقعدين وكانت أعمارهن بين ١٦ و ٢٥ سنة بمتوسط ١٨,٥ سنة . وكان متوسط الدرجات هو ٦٩ وبعد ستة أشهر حينما عاد هؤلاء البنات إلى منازلهن طلب من ٣٦ منهن الإجابة عن الأسئلة الخاصة باختبار ثيرستون للشخصية ، وكان متوسط الدرجات هذه المرة هو ٦٨ . وبمقارنة هذا بمتوسط الدرجات للطلبة الجدد بالكليات وهم من نفس الأعمار يتضح أن متوسط درجاتهم هو ٤٠ فقط — وعلى هذا قام ثيرستون بتفصيل الدرجات كما يلى :

٠ — ١٤ متكيفون جداً

---

(١) Nilson, K.: An Age - Grade Study of Physically Disabled Pupils in Minnesota Public - Schods. "Elem. Sch Journal, XXIII (1932), 122-9.

(٢) Rosenbaum, B.B.: Neurotic Tendencies in Crippled Girls. J. Abn. & Soc. Psy. XXXI (1937), 423-9.

١٥ ــ ٢٩ متكيفون بدرجة لا بأس بها

٣٠ ــ ٥٩ متوسطو التكيف

٦٠ ــ ٧٩ غير مكتفيين عاطفياً .

٨٠ ــ يحتاجون لعلاج نفسانى

ويبدو أن هذه الفئة الصغيرة من البنات المقعدات غير متكيفة فى حياتها ، وكان ذلك أكثر وضوحاً فى حالة البنات الكبار مما هو فى حالة البنات الصغار ، ولابد من وجود أدلة كافية قبل التعميم فى محيط التكيف العاطفى للمقعدين .

وقد قامت باربور بدراسة تكيف ٦٠ طفلا مقعداً وقسمتهم إلى ثلاث فئات

١ ــ فئة أثّر القعادعلى تقدمهم العلمى بدرجة خطيرة تمنع أى تقدم فى المستقبل.

٢ ــ فئة أثّر القُعاد على مجال المهن التى يعملون بها ، فرغم أن الطفل قد يكون صالحاً لمزاولة مختلف أوجه النشاط إلا أن عاهته تمنعه من مزاولة بعض الحرف والمهن فى حياته المستقبلة .

٣ ــ فئة المقعدين اجتماعياً فقد لا تتعارض عاهة الطفل مع حياته الجسمانية إلا أن لديه (تشويهاً) يمنعه من مزاولة حياة اجتماعية طبيعية لأن عاهته تكون مصدر مضايقة وحسرة اجتماعية له .

وقد قارنت بين حالتهم فى سنة ١٩٣٠ وحالتهم فى سنة ١٩٣٤ وبينت أن هناك تقدماً ملحوظاً ، فقد ذكرت أن ٢٣ طفلا شفوا تماماً من مرضهم ولم يكن لديهم أى ذكريات قاتمة عنه سوى ما يذكره الطفل حينما يصاب بالحصبة وهم فى العادة فئة سعيدة ، حتى إن مدرساً عبّر عن أحد هؤلاء الأطفال أنه أكثر زملائه سعادة ومرحاً ، ولم يبق من هذه المجموعة (ال ١٦٠ طفلا المقعدين) سوى ستة فقط مازالوا مشلولين ولم يتكيفوا بعد مع عاهتهم .

وقد ذكر ستروس[1] أن فى بعض المواقف الدراسية لا يظهر أى نشاط

---

(١) Strauss, M.: "Initiative and the Crippled Child"., The Crippled Child, XIII : 6 (1936), 164.

أو اهتمام على الأطفال المقعدين كما أنهم لا يبذلون أى مجهود للحصول على قصاصات الورق أو الصور أو غيرها من المواد اللازمة للدراسة إلا إذا طلب منهم ذلك، ورغم أن مدرستهم منحتهم حق الحكم الذاتى الديمقراطى داخلها ، إلا أنهم لم يحاولوا أن يتمتعوا بهذا الحق ، وقد عللت ستروس ذلك بعدم الخبرة والشعور بالنقص . وعندما تعرض بروكواى[١] للأطفال العصبيين قرر أنهم خجلون وأن لديهم شعوراً خطيراً بالنقص ، كما أن روجرز وتوماس وصفاهم بأنهم فئة غير متزنة فى انفعالاتها وأن هذه الصفة تلازمهم حتى الكبر .

وقد أجرى بحثان على الأطفال المقعدين الذين عولجوا بالمستشفيات وأثر ذلك عليهم ، وحسب الأبحاث التى قام بها كاترولا كمان ينقسم هؤلاء الأطفال إلى ثلاث فئات :

١ ــ الذين لديهم شذوذ خطير فى سلوكهم .

٢ ــ الأطفال المتزنين أصلا ولكن تولدت لديهم مشاكل السلوك فى أثناء مرضهم .

٣ ــ الأطفال غير المتزنين ولكن تضاعفت مشاكل السلوك عندهم بسبب المرض وقد أرجعا ذلك إلى الأسباب الآتية :

١ ــ طبيعة المرض .　　　　　٢ ــ شخصية الطفل .

٣ ــ اتجاه الأبوين نحو الطفل .　　　　　٤ ــ أثر الطبيب على المريض .

وقد أظهرت الأبحاث اللاحقة صدق الاكتشافات السابقة ، كما تبين وجود معامل ارتباط موجب بين طول مدة المرض الذى سبب القعاد وعدم التكيف فى الحياة الذى ينتج عن القعاد .

---

(١) Brockway, A.: "The Problem of the Spastic Child." J. Am. Med.Ass., CVI (1936), 1635-9.

الخلاصة

أظهرت الأبحاث الخاصة بالأطفال المقعدين مدى واسعاً لذكائهم ، وكان متوسط نسبة الذكاء فى حدود ٨٠ ، كما بينت أن الأطفال الذين أصيبوا بشلل الأطفال يفوقون فى ذكائهم غيرهم من الأطفال المقعدين . وليس هناك بيانات أكيدة عن التفوق الدراسى لهؤلاء الأطفال . أما فى محيط الشخصية ، فلم تجر فى هذا المضمار أبحاث كافية تسمح بالتعميم فى النتائج . وما زال من المهم التعرف عما إذا كان لدى هؤلاء الأطفال مشاكل خاصة ، فإذا كان الأمر كذلك فما وسائل علاجها ؟ أما دراسات التأهيل المهنى فإنها تنبئ بأن هناك حرفاً كثيرة يستطيع المقعدون أن يزاولوها بنجاح تام .

المراجع

1. *Michigan crippled children commission*" 1932-34, Report (Mich., 1934).
2. White House Conference on Child Health and Protection, The Mentally & Physically Handicapped. (Century, N.Y., 1931).
3. New York City, Commission for the Study of Crippled Children, *The Crippled Child in N.Y. City*". (1940)
4. Fernald, M.R., and A.H. Arlitt : *"Psychological Findings Regarding Crippled Children*". Sch. & Soc., XXI (1925), 449-52.
5. Lord E.E.: *"Children Handicapped by Cerebral Palsy : Psychological Factors in Management.*" (Commonwealth Fund, N.Y., 1937).
6. Lee, M.V.: *"The Childrens Hospital; A Survey of the Intelligence of crippled Children*", J. Ed. Research, XXIII (1931), 164-7.
7. Witty, P.A., and M.B. Smith : *"The Mental Status of* 1480 *crippled Children.*" Ed Trends, I (1933), 22-24.

8. Barbour, E.H.: *"Adjustment during Four Years of Patients Handicapped by Poliomyelitis."* N. Eng. J. Med., CCXIII (1935), 563-5.
9. Nilson, K.: *"An Age-Grade Study of Physically Disabled Pupils in Minnesota Public-Schools"*. Elem. Sch. J., XXIII (1932), 122-9.
10. Rosenbaum, B.B.: *"Neurotic Tendencies in Crippled Girls"*. J. Abn. & Soc. Psy., XXXI (1937), 423-9.
11. Strauss, M.: *"Initative and the Crippled Child."* The Crippled Child, XIII : 6 (1936), 164.
12. Brockway, A.: *"The Problem of the Spastic Child." J. Am. Med. Ass.*, CVI (1936), 1635-9.

الفصل التاسع

سيكولوجية مشوه الوجه

مشكلات مشوهى الوجه

ليس لدينا بيان ولو تقريبي يبين مدى انتشار مشوهى الوجه بين أفراد المجتمع . فلا نجد فى السجل الرسمى لإحصاء سنة ١٩٤٧ سوى حالات الجذام والبرص وهؤلاء عددهم ٦٨٢ ، أما الشخص المصاب بحروق فى الوجه أو لطع فى الجبين أو تختلف عنده تقاطيع الوجه فهؤلاء جميعاً وغيرهم لم يأت ذكرهم برغم الصعوبات الكثيرة التى يقابلونها .

وربما تكون تشوهات الوجه عائقاً خطيراً للحياة الناجحة ، كما هو الحال فى الأنواع الأخرى من العاهات الجسمية . ومع أنه ليست هناك عاهة سمعية أو عضوية ، إلا أن المشكلة فيما يختص بمشوهى الوجه تصبح خطيرة بسبب الدور الهام الذى تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية . وحتى سنين قليلة مضت ، لم يهتم الباحثون فى ميدان العوائق الجسمانية أو رجال التأهيل بمشاكل مشوهى الوجوه ، ومن ثم فليس هناك عن الموضوع سوى بيانات قليلة جداً . كما أن الكتب الخاصة بذوى العاهات لم تتعرض لهذا الموضوع على وجه التخصيص . ومع أن بعض الأبحاث قد أجريت عن تعبيرات الوجه ، إلا أنها لم تول عنايتها للمشاكل الناتجة عن تشوه الوجه ، ففيها تركز الاهتمام على دراسة الوجه كمعبر عن الشخصية ، ودراسة العواطف والشعور كما تعكسها تعبيرات الوجه ، والعلاقة بين الشخصية وتطور الشخص ونموه ، وكذلك المظهر والجاذبية الجسمانية وما يبعث على الكراهية

والاشمئزاز من العيوب الجسمانية. ومنذ عهد قريب أدرك الدارسون أن التشوهات فى الوجه تعوق الشخص عن أن يشعر أنه قادر على تحقيق ما تتطلبه حياته الاجتماعية والاقتصادية فى مجتمعنا الحاضر ، ويبعث هذا الشعور المتزايد كثرة عدد ضحايا الحروب أو الحوادث المدنية أو الاهتمام الزائد فى هذه الأيام بجمال الوجه والمظهر الجسمانى عند تقدير صلاحية الشخص لكثير من المهن أو عند زواجه أو تقدير فرص نجاحه فى الحياة عموما .

وربما ينتاب ذوى العاهات الجسمانية شعور بأنهم أعضاء ناقصون فى مجتمعهم وبأن معظم أفراد المجتمع ينظرون إليهم نظرة عدائية ، ويتضخم هذا الشعور لدى مشوهى الوجه بالذات بسبب الدور الهام الذى يؤديه الوجه فى الاتصالات والعلاقات بين الأفراد .

والوجه الوسيم والشخصية العذبة سلاحان قيمان يؤهلان صاحبهما لكثير من الوظائف ، أما الوجه القبيح أو المشوه فإنه مسئولية كبيرة وعبء ثقيل . ولهذا فإن التفرقة فى المعاملة والشعور العدائى نحو المشوهين عاملان فعالان يعملان ضد ذوى الوجوه غير المتناسقة ، أو التى بها آثار جروح ، أوالتى لم يكن نموها عادياً طبيعياً ، أو بها أى نوع من أنواع الشلل ، أو انعدام بعض الأعضاء .

أنواع التشوهات وتصنيفها

هناك طرق متعددة لتصنيف تشوهات الوجه — إحداهما على أساس النوع ويمكن استخدام الأنواع الثمانية التى تكثر ملاحظتها — وهى تنبنى على مايأتى : — (الأنف — الأذن — العين — بداية الشعر — الفك — شلل الوجه — آثار جروح بالوجه — خليط من واحد أو أكثر من الأنواع السابقة) وفى كل حالة من هذه الحالات تتباين طبيعة التشوه وتختلف — فنى حالة الأنف مثلا تكون

العاهة عبارة عن اختفائها ، أو وجود ظاهرة غير عادية بها مثل حجمها وشكلها ولونها . وفى حالة الأذن الخارجية تكون العاهة عبارة عن اختفاء كلى للأذن أو كلى أو جزئى لأحد قطاعيها أو ربما كانت عبارة عن تضخم حجمها أو شكلها .. الخ أما آثار الجروح بالوجه فتكون فى أشكال مختلفة لا حصر لها تنتج عن الحروق أو الأمراض أو العمليات الجراحية .



(شكل ١١)
(وشم) ورم مصبوغ بالأنف ، استئصال وترقيع من خلف الأذن (قبل العملية)

ويمكن تصنيف تشوهات الوجه على أساس خطورتها حسب التقدير الذوقى إلى الدرجات الأربع الآتية : —

١ — الطفيفة : — وهى التى لا تسترعى الانتباه إلا إذا لفت النظر إليها ، وهى أحياناً مصدر مضايقة لبعض الناس .

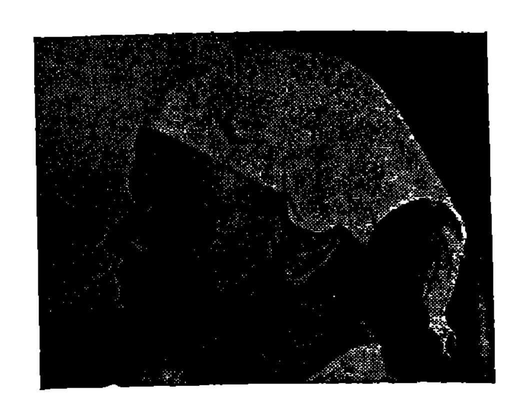
٢ — المتوسطة : — ويمكن ملاحظتها ، وربما أثارت بعض التعليقات أو التساؤل أو الحملقة ، لكنها عموما ليست مصدر رد فعل خطير .

٣ — الملحوظة : — وهذه تلاحظ بشكل أكيد وتثير مختلف المشاعر العكسية لدى الآخرين مثل الاشمئزاز والتندر والعطف والفضول أو الحملقة الزائدة أو تحاشى الاختلاط بالشخص ذى الوجه المشوه .

٤ — الخطيرة : — وهذه تصدم الآخرين وتثيرهم بكل تأكيد وتولد عندهم الشعور بالأسى والاشمئزاز والدهشة .

إن هذا التصيف ربما يتأثر بالنظرة الموضوعية للشخص الذى يقوم بالبحث ، لكنه مفيد عند دراسة حالات الأشخاص مشوهى الوجوه .

وهناك تصنيف ثالث مبنى على أساسين مصدرهما طبيعة العاهة نفسها



(شكل ١٢)
(بعد العملية)

إذ تكون خلقية (أى موجودة عند الولادة) أو مكتسبة — ويحتمل أن تكون العاهة الخلقية غير واضحة عند الولادة إلا أنها تظهر بجلاء حينما يكبر الشخص كما هى الحالة عند ما يكون حجم وشكل الأنف غير طبيعيين ، إذ لا يظهر هذا الشذوذ إلا فى مرحلة بلوغ الفرد سن المراهقة ، أما العاهة المكتسبة فإنها تكون نتيجة للمرض أو للحوادث ، وفى الحالة الأخيرة ربما تكون أثراً لعملية جراحية .

وعلى أية حال ، فإن تصنيف العاهة يتوقف إلى حد كبير على الثقافة والبيئة ، ففى أحد المجتمعات يعتبر شخص ما ذا عاهة تشوهه ، ولكنه فى مجتمع آخر لا يعتبر كذلك . فمثلا الشخص ذو الشفاة البارزة الغليظة يعتبر فى مجتمعنا مشوهاً ، أما فى مجتمع آخر للزنوج فينظر إليه بعين الإعجاب والتقدير . والأنف المفرطحة أو المقوسة ، وكذلك آثار جروح من سكين أو سيف ، تعتبر علامات تنبئ عن العزة والكرامة فى مجتمع ما ولا ينظر إليها بعين التقدير والرضا فى مجتمع آخر . والوشم والنقطة الخضراء فى جبين القروية تتحلى به إلى أن تأتى إلى المدينة وتندمج فى أوساطها فتسعى إلى إزالتها ، وكذلك يفعل الشاب فى ال (ااا) التى يرسمها على جانبى العينين وبجوار الأذنين طالما كان فى الريف ، ويضطر لإزالتها حين يعين فى أحد الوظائف الرئيسية بالمدينة .

النواحى النفسية والثقافية

يمكن لمشوهى الوجه أن يتغلبوا على عاهاتهم لولا أن الاتجاه الاجتماعى يعتبر الشخص الذى به عاهة شاذاً ومختلفاً عن الآخرين ومتخلفاً عنهم ، وينصب



(شكل ١٣)
شفة أرنبية مزدوجة (قبل العملية)

هذا على جميع المصابين بعاهات جسمانية ، إلا أن بعض مشوهى الوجه يكونون هدفا سهلا ينتج مشاعر اجتماعية متباينة تعكس الامتعاض والخوف أو الحقد والمعتقدات الخرافية وتكون أحيانا ظاهرة أو مختفية فى أشكال من الشعور العدائى ، أو الشعور بشذوذ تلك الفئة من المشوهين . وعلى مدى التاريخ وفى المجتمعات المتمدينة ، والبدائية من عالمنا الحاضر ، لا يعتبر الشخص الذى يشذ شكله عن الطبيعى أنه شاذ من الناحية الجسمانية فحسب ، بل شاذ فى مقومات شخصيته . وهؤلاء الأشخاص المصابون بتشوه وجوههم يعاملون كخوارج عن المجتمع أو على أنهم ذوو مركز منحط ، وربما كانوا هدفا للسخرية أو الفكاهة .

وفى معظم البلاد الحديثة تحتل الجاذبية الجسمانية وخصوصا فى الوجه مكانا ملحوظا ، ويؤكد ذلك ما تعلقه السينما والراديو والصحافة وصناعة العطور على هذه الناحية من أهمية كبيرة . وحيثما يوجد تحيز عام نحو المظهر الجسمانى السليم يكون الشخص ذو الوجه المشوه فى مركز عصيب لأنه لا يستطيع أن يجارى من حوله فى مظهر وجهه ، ولا يستطيع أن يحظى منهم بالقبول ، فضلا عن أن الآخرين يعزون إليه صفات لا تلقى من المجتمع قبولا ، وربما أشيع عنه أنه المجرم أو البلطجى أو الشخص الذى خلت حياته من المثل الأخلاقية .

وما يزال هناك بعض المعتقدات والعادات الخرافية المتعلقة بتشوه الخلقة والشذوذ الاجتماعى مثل الربط بين تشوهات الوجه والاتصال الجنسى المحرم أو بينه وبين العقاب والتفكير عن السيئات الشخصية أو سيئات الوالد أو بينه وبين بعض تجارب الأم قبل الولادة . قال شاب عنده علامة بلون النبيذ أن

ملحوظة : الصور الأربعة لتشوهات الوجه أهداها لنا مشكوراً الدكتور ميشيل نسيم فهمى أخصائى جراحة التجميل .

أمه علمت ذلك بوضع أخيه قدمه على المكان المقابل لجبهته عندما كانت حاملا فيه ، كما قال إن بعض الناس سألوه إذا كانت أمه قد حاولت التخلص منه قبل ولادته . وقد ذكرت أم لطفل ولد بشفة أرنب أن ذلك حدث لأنها كانت تدلل أرنباً حينما كانت حاملا فيه (رواية امرأة إيطالية بنيويورك) . كما ذكر أب إيرلندى الأصل أصيب بتشوهات خطيرة نتيجة للحروق أن ذلك جزء من اللعنة المنصبة على أسرته وأن ذلك نهاية هذه اللعنة . وبالولايات المتحدة حاليا شائعات ومعتقدات عدة متعلقة بمشوهى الوجه ، فكثيرا ما يربط بين مظهر الوجه والخصال الشخصية ، فإذا ما كان الوجه مشوها كان التقدير سالباً وربما كان عكسيا ، فالشخص ذو الأنف المتعرج ربما اعتبر محاربا أو مجرما عريقا فى الإجرام ، وذلك المصاب بشلل نصفى فى وجهه ربما اعتبر شخصية قوية صلبة ، وبعض الوجوه تثير الضحك والسخرية لأنها توحى وتقرب من الصور الهزلية (الكاريكاتور) مثل الأنف الأفطس أو الأذن المفلطحة. والعاهات الخلقية أو الناتجة عن المرض ينظر إليها باشمئزاز أكثر من تلك التى تنتج عن الحوادث ، ففقدان إحدى الأذنين نتيجة للتصادم فى حادث ما يلقى اشمئزازا أقل مما إذا كان ناتجا عن انعدامها خلقيا ، والشخص الذى يفقد فكه نتيجة لإصابته برصاصة فى ميدان الحرب ، يكون أكثر قبولا فى المجتمع من الشخص الذى فقد فكه بسبب المرض .



(شكل ١٤)
بعد العملية

والخلاصة أنه فى المناطق التى بها حقد أو تمييز لفئات الأقلية يجد الشخص الذى لديه صفة جسمية (مثل العيون المنحرفة أو البشرة الآسيوية الصفراء أو الأنف اليهودية أنه غير

مقبول اجتماعيا فى بيئته رغم أنه ينتمى إليها . وعلى ذلك فمشوهو الوجه كغيرهم من ذوى العاهات يعاملون معاملة متشابهة ويحصلون على نفس المشاعر التى لدى غيرهم من الأقليات عنصرية كانت أم دينية . إنهم يشعرون بالتفرقة التى يضفيها عليهم مجتمعهم ، وينظرون إلى أنفسهم كما ينظر إليهم الآخرون ويمكن أن يصبحوا الضحية التى تكفر عن ذنوب الآخرين الذين يعكسون مشاعرهم العدائية على هذه الفئة إما مباشرة أو بطريقة مستترة . وربما أصبحوا موضعا للعطف والشفقة مما يضعف فرصتهم للقبول فى المجتمع أو للحصول على الرضا والسرور من علاقاتهم الشخصية مع غيرهم .

نظرة المجتمع

من الصعب تغيير نظرة المجتمع وشعوره نحو مشوهى الوجه ، لكن هناك طرقا يمكن محاولتها ، منها بذل كل مساعدة ممكنة لأمهات الأطفال المشوهين لكى يولدوا لديهم اتجاها لقبولهم على حالتهم حيث أن أم الطفل الذى يخلق مشوها ، كما هى الحال عند أم الطفل الذى لديه عائق جسمانى تشعر أنها مذنبة وأنها هى المتسببة فى هذه العاهة . والمحاولة الأولى مع مثل هذه الأم هو إقلال نمو هذا الاعتقاد لديها أو إزالته كلية . وقد اقترح بريت Bryt لذلك أن يقوم الطبيب والممرضات الذين أشرفوا على ولادتها بمساعدتها على مجابهة هذه الحقيقة بشكل واقعى بدلا من أن تدعى إنكار العاهة أو أن تكون لديها شعور بالعطف والرثاء . ودور الطبيب هنا فى غاية الأهمية لأنه يستطيع إزالة أى فهم خاطئ لدى الأم عن سبب حصول عاهة وليدها ، ولأنه يستطيع أن يوضح بكل جلاء التحسينات فى المظهر التى يمكن الحصول عليها بواسطة الجراحة التجميلية .

ويمكن للمدرسين أن يساعدوا الأطفال المشوهين مساعدات فعالة إذا اعتبروا

أن العاهة هى ظروف واقعية وليست سببا أكيدا ينتج عنه عدم تكيف الطفل مع المجتمع . فيمكن للمدرس أن يجعل الطفل يتحدث عن عاهته فى الفصل ، وأن يساعده على التخلص من اضطراباته ومشاكله المتعلقة بها وخصوصا ما يتصل منها بشعور الأطفال الآخرين نحوه ، كما يمكن للمدرس أن يساعد الطفل أن يكون جزءاً من مجتمعه الذى يتكون من زملائه الأطفال وبالتالى ، وبصفة غير مباشرة يساعده فى معاملاته وصلاته الأسرية أيضا .

وبالإضافة إلى المدرسين يمكن للممرضات والأخصائيين الاجتماعيين وأطباء الأسرة وعلماء النفس وغيرهم من الجماعات المنظمة أو آباء الأطفال المشوهين ، أن يؤدوا خدمة جليلة لحمل المجتمع على تغيير شعوره واتجاهه نحو الأطفال المشوهين وعلى تغيير الشعور السائد نحوهم والمنطوى على الرثاء والعطف أو الاشمئزاز . كذلك يمكن لأخصائيي التوجيه ورجال التأهيل وغيرهم ممن يتولون رعاية مشوهى الوجه من المراهقين والكبار أن يؤثروا على الرأى العام وذلك عند اتصالهم بالمجتمع بنفس الطريقة التى يستعملونها للتأثير على الرأى العام فيما يختص بالفئات الأخرى التى تلقى تفرقة فى المعاملة بسبب ما أصابها من عاهات جسمانية أو عقلية أو اجتماعية ثقافية .

مميزات الشخصية

فى المحيط الاجتماعى يتميز مشوه الوجه بالطرق والأساليب التى يستخدمها ليتكيف مع عاهته ومع المجتمع الذى يعيش فيه . ومعظم ميوله إن لم تكن كلها تعكس القيم التى يعطيها المجتمع لذوى العاهات . وغالباً ما تكون هذه الميول هى التى شب عليها أو تعلمها من والديه أو المحيطين به إما مباشرة أو غير مباشرة . فإذا كان تشوه الوجه موجوداً منذ الولادة ، فإن الميول التى كانت تحيط به عند

طفولته ستلعب دوراً خطيراً ومهماً فى تكوين شخصيته . ولكن إذا حصلت العاهة فى مرحلة متأخرة فإنه سيتجاوب مع مختلف الظروف كما لو كان لديه شعور بالحسرة وخيبة الأمل أو ألم من جروح ، على أن ذلك يتوقف على تكوين الشخص حيث سيكون لديه بالفعل اتجاهات ومشاعر نحو العاهات التى اكتسبها فى حياته ، وستنطبق اتجاهاته الحالية نحو نفسه مع تلك التى اتخذها طوال حياته إزاء العاهات . ورغم الاتجاهات الموجودة نحو مشوهى الوجه ، فإن هناك فروقا ملحوظة فى اتجاهاتهم ومشاعرهم نحو أنفسهم ونحو عاهتهم ، وتلاحظ هذه الفروق بين الأشخاص الذين شبوا فى نفس المجتمع أو البيئة ، فبعض الأشخاص المشوهين بشكل خطير يشكون من تلقاء أنفسهم من التفرقة فى المعاملة التى يلاقونها من الآخرين ، ويرجعون السبب فى ذلك إلى الصعوبات التى تواجههم فى عالم الاقتصاد وفى المجتمع نتيجة لتشوه وجوههم . إنهم يشعرون أنه بهذا السبب بُوعد بينهم وبين الوظائف التى تتناسب مع مؤهلاتهم ومرانهم ، وأنه لنفس السبب ، أخفقوا فى تكوين أصدقاء لهم ، أو فى اختيار أزواجهم ، كما يعتقدون أنهم منبوذون ، وأن المعاملات الشخصية بينهم وبين الآخرين هى أحسن مايمكنهم الحصول عليه ، وأن إخفاقهم فى الزواج نتيجة لوجوههم المشوهة . ويلاحظ أن الأشخاص الذين يشكون من مشاكلهم بصورة علنية مستمرة ، والذين لا يؤمنون بمزايا جراحة التجميل ، كثيراً ما يبالغون فى تصوير تشوهات وجوههم وخطورتها (وهؤلاء شواذ) .

ومن دراسة حالات المرضى الذين يرغبون فى عمل جراحات التجميل وجد أن تشوهات عدد قليل جداً منهم كانت خطيرة ، وأن التشوهات الطفيفة أو الخفيفة كانت هى الغالبة . وقد وصف بعضهم على أنهم مرضى بعقولهم ، كما ظهر أن آخرين كانوا مصابين بأنواع ودرجات متباينة من الاضطرابات العصبية ، أما النصف الآخر فقد لجأوا إلى المستشفيات تبعاً لنصيحة أناس آخرين . إنهم لم يشعروا بضيق اجتماعى نتيجة للتفرقة فى المعاملة أو السخرية وعدم قبولهم فى

المجتمع ، على أنهم قرروا عند سؤالهم فى هذه النقط ، أنهم يلاقون أحيانا عوائق اجتماعية واقتصادية تمنعهم من النجاح وأنهم يعتقدون أن سبب ذلك ربما يكون تشوه وجوههم كما يعلمون أن هناك قيوداً تمنعهم من تكوين صداقة حميمة مع الجنس الآخر ، ويقدرون صعوبة التعامل عن قرب بينهم وبين الآخرين بسبب عاهتهم الوجهية . لقد ذكر بعضهم أن وجوههم هى عامل واحد فى مشاكلهم عموما يلومونه فى حالة الفشل .

وقد لاحظ بريت Bryt [١] من دراسته أن الذين لا يشتكون غالبا ما تكون تشوهات وجوههم من النوع الخطير ، وأن هذه التشوهات غالبا ما تكون قد حصلت فى الكبر ، بعكس الذين يشكون فإصاباتهم تكون مبكرة ومنذ الولادة ، فضلا عن أن الشاكين ذوى الإصابات الطفيفة يشكون كثيراً وبشكل ملحوظ ويعتقدون أن عاهتهم عائق كبير لهم فى حياتهم الاجتماعية والاقتصادية . وفى الحالة الأولى تكون الحالة النفسية مضطربة بدرجة أكبر منها فى الفئة الثانية .

وقدطبق آبيل وايزمان Abel & Weissmann إختبارات إسقاطية استخدما فيها صور الوجوه كما استخدما اختبار بقع الحبر لرورشاخ ، ووصلا إلى نتائج متشابهة مع نتائج بريت Bryt ، فقد وجد أن هناك فروقا ملحوظة فى مميزات الشخصية بين المصابين بتشوهات طفيفة والمصابين بتشوهات خطـيرة . وأن الأشخاص المصابين بأنواع ودرجات مختلفة من التشوه أقل إنتاجاً من الأشخاص الطبيعيين ، وربما يرجع ذلك إلى قلة تجاوبهم مع الأشخاص الذين يحيطون بهم . على أن المصابين بتشوهات طفيفة يتمتعون بقسط أكبر من الحرية فى هذا المضمار مما يتمتع به المصابون بدرجة خطيرة ، فهم أقل انطواء وأقل يأسا . ومع ذلك ، ففى كلتا الطائفتين شك فى قدرتهم على قبول أنفسهم أو فى قبول المجتمع لهم . والمصابون بدرجة خطيرة أكثر تأكدا من غيرهم أنهم لا يحظون بقبول المجتمع ،

(١) Bryt, T.M. & Others : Facial Deformities and Plastic Surgery, a Psycho-Social Study, Springfield, 1952.

ومن ثم فإنهم يسلمون بذلك ، ويتكيفون مع هذا الوضع بدرجة أكبر من المشوهين بدرجة طفيفة . والآخيرون يصبحون فى صراع مع أنفسهم ، ويبدون أقل انطواء وأكثر انشغالا بأنفسهم عن المشوهين بدرجة خطيرة ، وهؤلاء وخصوصاً الذين تشوهت وجوههم فى الكبر يتعمدون ويصرون على الانطواء على أنفسهم ، ويتحاشون بشكل ملحوظ الاشتراك فى أى نشاط مع غيرهم .

وقد أثبتت الأبحاث المختلفة أن المصابين بتشوه يسير يعلمون ويقدرون أن عاهتهم ليست عائقاً فى الواقع وأن ذلك من نسج خيالهم ، وحينما يرجعون أسباب فشلهم فى المجتمع إلى عاهتهم فإنهم يعملون ذلك وهم يعرفون تمام المعرفة أن عاهتهم ليست خطيرة ولا يمكن للناس ملاحظتها بسهولة .

أما المصابون بتشوهات خطيرة فإنهم يتقبلون عاهتهم بلا أدنى شك ويرجعون إليها مشاكلهم العاطفية (فى المنزل أو العمل أو فى المجتمع) لأنهم يعلمون بحق أن الآخرين لا يرحبون بهم ولا بالاختلاط بهم. وهناك بالطبع من يشذ عن هذه القواعد المتعلقة بمشوهى الوجه بدرجة طفيفة أو خطيرة ، فبعض المشوهين بدرجة خطيرة متلهفون جدا وعصبيون وليسوا فى حالة انطواء على أنفسهم ، وبعض المشوهون بدرجة بسيطة أو طفيفة نجدهم منطوين على أنفسهم ولا يشكون كثيرا .

وفى كثير من المجتمعات نجد أنه إذا ولد طفل مشوه الوجه اعتبره والداه مصدراً للعار ، وتشعر الأم أنها هى المذنبة ، وأنها مسئولة عن عاهة الطفل . أما التشوهات الناتجة عن الأمراض أو الحوادث فى مرحلة الطفولة فإن الوالدين يتقبلونها بشكل واقعى رغم أنهما يلومان أنفسهما إذ كان من الممكن تلافى الحادث. وهذا الشعور بالذنب يجعل الوالدين يبالغان فى تدليل الطفل وحمايته مما يضعف من شخصيته ، ويحمل أشقاؤه على الاعتقاد بأنه مختلف عنهم ، وعلى ذلك فإن معاملة الوالدين للطفل وخصوصاً الأم تولد لديه اتجاهات خاصة نحو عاهته ونحو نفسه ونحو الآخرين تستمر معه حتى الكبر . وقد ذكر بريت خمس طرق يسلكها الوالدان فى معاملة أطفالهما المشوهين وهى ١ – تحاشيها ٢ – إخفاؤها

٣ ــ إنكارها ٤ ــ عدم عمل شيء بخصوصها ، ثم ٥ ــ اعتبارها شيئاً عاديا ــ وفى الحالة الأولى يعزل الطفل عن العالم كلية حتى لا تسأل أمه عن عاهته ، وبعض الأطفال المشوهين يغطون وجوههم بقلنسوة أو قبعة وربما تعلموا أن يديروا وجوههم وأن يخفوا عاهتهم بأيديهم . وفى بعض الأسر تستخدم طريقة عكس ذلك حيث ينكر أفرادها العاهة كلية ويخرج الطفل إلى العالم الخارجى ويختلط بالناس إلا أن الوالدين يرفضان التحدث عن موضوع العاهة أو الإجابة عن عن أى استفسار بخصوصها . وأحيانا يعتبر التشوه نوعاً من الجمال أو شيئاً مرغوباً فيه (مثل الأذن الصغيرة أو قطع جزء من الأذن) . ثم يصف بريت الشعور العادى للوالدين نحو العاهة بأنهما لا يعتبرانها مصدراً للعار أو تكفيرا عن الذنوب. إنهما لا ينكران وجود العاهة ويتحدثان عنها مع الطفل ومع الآخرين بشكل واقعى وهذا هو ما يعبر عنه بالاتجاه العادى . والمواقف الخطيرة لمشوهى الوجه هى مثلا عند دخولهم المدرسة لأول مرة أو عند بلوغ سن المراهقة والتفكير فى إيجاد علاقات شخصية مع الجنس الآخر أو عد الدخول فى ميدان العمل وأخيراً عند التفكير فى الزواج . وفى هذه المواقف يلجأ المشوهون إلى الانطواء والتخفى ليس بسبب أنهم عوملوا كذلك بواسطة والديهم ، لكن لأن اتجاهات الآخرين نحوهم (والفضول الذى يولد الحملقة) يجعل هاتين الوسيلتين أسهل السبل التى يمكنهم أن يلجئوا إليها ، وينطبق ذلك بالذات على المشوهين الذين أصيبوا فى سن الكبر ومن ثم فغالبا ما يقللون من اشتراكهم فى مختلف نواحى النشاط الاجتماعى أو التعامل الشخصى مع غيرهم من الناس .

وربما يساعد إنكار العاهة الطفل فى مرحلة الصغر إلا أنه يسبب له مصاعب ومشاكل حينما يكبر ويزاول نشاطا وعلاقات اجتماعية أوسع ، وخصوصاً عندما يبدأ الاهتمام بالجنس الآخر والاختلاط به ، فقد يقابل ولد أو بنت إذا كان مشوه الوجه ، فى سن المراهقة بالرفض وعدم القبول من الجنس الآخر ، وهذا يولد لديه الارتباك والثورة العصبية حيث إنه كان يعتقد بعدم وجود

العاهة أو بساطتها وتفاهتها . أما وجهة النظر الأخرى التى تعترف بوجود العاهة وبالتحدث عنها ، فإنها تنتج التكيف مع العاهة ، وكذلك تؤدى إلى حياة أكثر نجاحاً وتوفيقا .

وعند مناقشة المشكلة مع الطفل يجب ذكر الطرق والوسائل التى يمكن استخدامها لتصحيح أو تخفيف أثر العاهة ما أمكن ذلك، ففى حالة جراحة التجميل يجب تفهيم المريض أنه يمكنه أن يعيش حياة ناجحة وموفقة ، وقد أكد جريسون[١] Grayson هذه النقطة عندما ذكر أن ذوى العاهات الجسمية يجب أن يتقبلوا أنفسهم ، بل يجب أن يقدروا التفرقة فى المعاملة التى سيشعرون بها عند التعامل مع الغير .

التأهيل

إن تأهيل مشوهى الوجه وتوجيههم لا يختلف عموما عن تأهيل غيرهم من ذوى العاهات سواء كانوا من الأطفال أم من الكبار ، على أن هناك مشاكل خاصة بمشوهى الوجه تتميز بالحدة والخطورة — إحداها الاختيار والتكيف المهنى وليس فى هذا المضمار سوى بحث واحد قام بعمله لانج[٢] Lange فى ألمانيا سنة ١٩٣٣ وكان عدد المرضى ٥٥ شخصاً . وقد اكتشف من هذا البحث أن المرضى عموماً لم يلقوا القبول من أسرهم وكانوا هادئين ومنطوين على أنفسهم وفى محيط العمل كانوا فى مراكز أقل من مستوى كفاءتهم ورغم أنه ليس هناك بيانات كافية فى هذا المضمار إلا أن هناك بيانات عن الوظائف التى يمنع المشوهون من العمل بها ، فبعض أصحاب الأعمال يعتقدون أن استخدام موظفين مشوهى الوجه شىء غير مرغوب فيه من الموظفين الآخرين أو من العملاء ، على أن استخدامهم

(١) Grayson, M.: The Concept of Acceptance. J.A.M.A., 145 893-896, 1951.

(٢) Lange, J.: Facial Lupus & Personality. Charac & Personel. 2, 117-12, 19393

فى الوظائف النائية أو المستترة يكون أكثر قبولا من رجال الأعمال ومن بعض المشوهين أنفسهم .

أحيانا يرغب الشخص المشوه الوجه أن يتباهى بوجهه المشوه أمام الناس لكى يثير بينهم رد فعل مفاجئ وهذا فى نظره هو السبيل الوحيد لمجابهة الحياة . أما إذا كان الشخص مشوه الوجه بدرجة خطيرة ، فإنه قد يفترض أنه سيقبل فى المجتمع وأنه يستطيع القيام بأى عمل مثل الآخرين . ومشكلة التكيف فى محيط العمل تزداد خطورة وتعقيداً فى حالة تشوه الوجه المصحوب بعائق جسمانى فعلى فى حواسه أو وسائل سمعه . . . . (الصمم ، العمى ، الشلل فى الأطراف) وفى مثل هذه الحالات يكون التوجيه المهنى غاية فى الصعوبة والأهمية .

وهناك اعتبار آخر يثير مختلف المشاكل ، ألا وهو جراحة التجميل ومن هذه المشاكل : — هل يمكن عمل الجراحة فى حالة ما ؟

وما آثار التحسين فى البشرة ؟

وما شعور الشخص المشوه نحو جراحة التجميل وما يتوقعه منها ؟

وينطوى بالطبع تحت هذه القائمة مشاكل عاطفية واقتصادية واجتماعية . لقد تقدمت جراحة التجميل تقدما كبيرا فى خلال الخمس عشرة سنة الماضية وأدخلت تحسينات على أساليبها جعلت من الممكن إجراء تغييرات ملموسة فى الوجه بغية تحسين شكله وتجميله (انظر الأشكال) . أما بخصوص النتائج فيما يختص بشعور المرضى نحو الجراحة فإن بعضهم يكون راضياً ومسروراً بنتائجها بدرجة كبيرة على حين يشعر غيرهم ببعض الرضا ، ويحتمل فقدان الرضا كلية حيث يعتقد المريض فى هذه الحالة أنه قد ضيع سدى مجهوده ووقته ونقوده وتسبب لنفسه فى آلام لم تكن لازمة . وفى الاتجاه الآخر هناك بعض المرضى الذين يسرون كثيراً ببعض التحسينات الصغيرة الطفيفة . وعلى العموم ، فإن فئة الشاكين الذين يشعرون أن وجوههم هى مصدر جميع مشاكلهم فى العلاقات الاجتماعية مع غيرهم هم الذين يحتمل ألا يرضوا وألا يسروا بنتائج الجراحة

التجميلية ، أما فئة غير الشاكين فهى التى ترضى وتفرح بهذه النتائج بدرجة أكبر .

وقد لاحظ بريت Bryt أن المرضى الذين يعتقدون أن أى تحسينات طفيفة فى منظر وجههم الخارجى سيكون معناه تقدم كبير فى حياتهم اليومية والاجتماعية ، هؤلاء المرضى عادة ما يصابون بخيبة الأمل لأنهم لا يقدرون أن المسألة لا تقتصر على تغيير فى المظهر الخارجى للوجه ، بل أنها تستلزم أشياء أخرى لكى يمكن تغيير شعورهم نحو أنفسهم ونحو الآخرين .

على أن بعض المرضى لا يقتنعون بسهولة بأن مظهرهم قد تغير بعد الجراحة ، وبعضاً آخر يسر بدرجة كبيرة جداً بنتائج الجراحة إلا أنهم يشعرون بالخذلان حينما يجدوا أنهم مضطرون لاتباع تجارب وأساليب جديدة فى الحياة المحيطة بهم . وعلى أية حال ، يشعر معظم المرضى براحة كبيرة إذا ما حققت الجراحة هدفين ، أولهما أن التشوه لا يبدو خلقى أو منذ الولادة ، والثانى أن التحسينات الطارئة تجعلهم أقل عرضة لحملقة الناس فى الأماكن العامة . وبالطبع يمكن للأشخاص الذين بحثوا فى طبيعة الجراحة التجميلية وما تنتجه وما ينتظر منها أن يكيفوا أنفسهم فى حياتهم الجديدة على هدى هذه المعلومات بنجاح وتوفيق. وعندما تتعدى نتائج الجراحة التجميلية إدخال تحسينات على مظهر الوجه إلى إيجاد تحسينات فى حركة بعض الأعضاء كما فى حالة تسهيل الأكل والكلام أو التنفس ، فإن هذه التحسينات تكون ذات أثر كبير فعال فى تأهيل المريض وتقدمه .

ويجب أن نذكر أن هناك عدداً كبيراً من الأشخاص المصابين بتشوه بسيط أو طفيف فى وجوههم ، لا يلجأون لعمل جراحة تجميلية حيث إنهم لا يشعرون أن وجوههم تعوق نجاحهم فى الحياة . إن المرضى يلجئون للجراحة حينما تقابلهم مشاكل متباينة يرجعون أسبابها لوجوههم ، وفى هذه الحالة ينشدون تصحيح مظهرهم ، ويحتمل فيما يختص بهؤلاء أن تكون الجراحة مجدية ، ويحتمل

أيضاً ألا ينتج منها أى فائدة ، ولهذا يجب عمل الإيضاحات الكافية عن جراحة التجميل وما يمكن توقعه منها .

إن هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى نوع من التأهيل فى الناحية النفسية ، ولهذا فإنه عندما يجرى الجراح جراحته فإنه يقوم بمخاطرة إيجاد درجة متزايدة من عدم الرضا ، وربما اضطرابات عاطفية خطيرة أو حادة . وقد نصح الباحثون بأهمية تمهيد وتجهيز المرضى بكل دقة وعناية قبل إجراء جراحة التجميل لهم وعلى الأخص المصابون بتشوه يسير أو طفيف .

وفى بعض الحالات تكون الجراحة التجميلية ذات أثر عكسى ، ويستحسن علاج المرضى نفسانيا لتلافى أى مضاعفات . وأسباب ذلك عدة منها أن الجراحة ربما لا تكون ممكنة من الناحية الطبية ، وأنها لا تعنى إدخال تحسينات على المظهر عموماً بل ربما كان العكس صحيحا ، وهناك حالات تكون الجراحة غير مجدية فيها تماما بسبب اضطرابات المريض العصبية الخطيرة . وفى الحالة الأخيرة يكون طلب عمل جراحة تجميلية غير معقول وغير منطقى وتكون النتائج المتوقعة غير متناسبة مع ما يمكن تحقيقه . والنتائج المتوقعة كما أشار بريت لا تتعلق فقط بتحسينات المظهر ، بل بشعور المريض نحو الآثار التى ستنتجها هذه التحسينات بسرعة وبشكل مفاجىء من تغير فى اتجاهات الآخرين وشعورهم نحوه . ويمكن القول أن معظم من يتعرضون لجراحة التجميل يمكنهم الاستفادة من بعض التوجيه ، فالبحث فى مشاكلهم ومنها آلامهم وآمالهم وكذلك مخاوفهم من الجراحة نفسها ومن إمكان تكيفهم فى الحياة بعد عمل الجراحة .

وفى هذه الأيام تجرى جراحات خطيرة كما فى حالة النمو الردىء غير المتناسق ، أو فى حالة التجويف الوجهى ، وربما تتسبب فى تشوه كبير غير ناتج من الأمراض ، بل من الجراحة نفسها ، وفى هذه الحالات يجب تأهيل المريض حتى يمكن تقليل الصدمة التى ستنتج حينما يتبين خطورة تشوه وجهه ، إذ بينما كان يتوقع تشوها بسيطاً فى وجهه أو انحرافاً فى فكه ، قد يجد نفسه بعد الجراحة فاقداً

لفكه الأسفل كلية وأنه لا يستطيع أن يأكل سوى السوائل فقط . ولا يخفى ما يؤديه النصح والتوجيه فى هذه الحالات من فوائد جليلة ، فرغم أن الجراحة توفق فى معظم الحالات فى تقليل تشوهات المرضى إلا أنه يبقى لديهم مشاكل كثيرة ، فليس لديهم عاهتهم فقط ، بل هناك لهفة وشك كبيران عن النتائج والتحسينات التى ستؤديها الجراحة فضلا عن المرض الذى استدعى هذه الجراحة ، وهذا القلق وتلك المشاكل لا يمكنهم إظهارها إما لعدم قدرتهم على ذلك أو لعدم رغبتهم فى إظهارها .

ولم يتقدم العلاج النفسى الخاص بالمشوهين لدرجة كبيرة ، على أنه طريقة علاجية لا يشترط أن تكون خاصة بهذه الطائفة ، فهى تتعلق بأفراد مضطربى العواطف بصرف النظر عن عاهاتهم الجسمية إذ أنهم لا يستطيعون معالجة مشاكلهم بأنفسهم دون مساعدة الموجهين والأخصائيين الاجتماعيين . وهنا يوجد مجال واسع للبحث ألا وهو العلاج النفسانى الجماعى للمشوهين ، وذلك بغية اكتشاف جدوى معالجة مشاكلهم على أنهم جماعة متناسقة من مشوهى الوجه ، أو على أنهم جماعة متناقضة متفرقة تتعارض مع الأشخاص ذوى الوجوه السليمة ولكن لدى أفرادها مشاكل وصعوبات عاطفية .

المراجع

1. Bryt, T. M. & Others.: *"Facial Deformities & Plastic Surgery, A Psycho-Social Study."* Springfield, 1952.
2. Grayson, M.: *"The Concept of Acceptance"*. J.A.M.A.; 145, 893-896, 1951.,
3. Lange, J.: *"Facial Lupus & Personality"*. Charac. & Personal., 2, 117-126, 1933.

الفصل العاشر

سيكولوجية المريض بالسل

مقدمـــة :

تدل الإحصاءات الرسمية على أن عدد المرضى بالسل فى العيادات الداخلية عام ١٩٤٦ بلغ ٦٢٤٢ مريض على حين كان عدد المرضى فى العيادات الخارجية ٣٨٦٥٢ مريض لم يجدوا لهم أماكن فى المستشفيات الحكومية ، هذا عدا الحالات التى تعالج بالعيادات الخاصة والحالات التى لا نعرف عنها شيئاً ، فأصحابها لا يكترثون ولا يهتمون بالعلاج لأسباب عدة ، فمنهم من فقد الأمل فى العلاج ، ومنهم من ارتد إليه المرض ، ومنهم من فقد الأمل فى الحياة كلها وأظلمت الدنيا فى وجهه وأصبح يعيش ليقضى أياماً معدودات ، ومنهم من لا يكترث فينشر رذاذ المرض بين أفراد المجتمع الذى يود أن ينتقم منه ، إلى غير ذلك من الأسباب .

ولقد شعر المسئولون فى السنتين الأخيرتين بخطورة الأمر فأولوه عناية كبيرة ، وكان مشروع رعاية مرضى السل وأهاليهم من أول المشروعات التى اهتم المجلس الدائم للخدمات بدراستها دراسة شاملة .

النواحى الطبية لمرض السل

أسبابه :

المرض المعروف بالسل ينشأ بسبب جرثومة عضوية تعرف بباسيل السل (tubercle bacillus) وذلك حينما تكون حالة الجسم تسمح لها بالتوالد والتكاثر

فتقوم بعملها الهدام فى أعضاء الجسم وخلاياه .

يعيش الميكروب لمدة ساعات فى الجو الرطب خارج الجسم وربما تحمل الجو الجاف أو البارد لمدد طويلة ، لكنه يموت بعد بضع دقائق فى الماء المغلى ، ولا يعيش كثيراً فى الشمس أو فى الهواء النقى ، على أنه إذا تمكن من الجسم تكاثر بسرعة كبيرة .

ويصيب السل أى جزء من أجزاء الجسم لكن السل الرئوى هو أكثر أنواعه شيوعاً وسيختص هذا الباب بالسل الرئوى .

ينتقل المرض بواسطة استنشاق ميكروبه الموجود فى التراب أو ذرات الرطوبة ، وهو يقبع فى الأركان العميقة من الرئة ، ويظل بدون تأثير حتى تصبح حالة الجسم مناسبة لكى يبدأ هجومه فتظهر أعراض السل المعروفة . ويمكن انتقال الجرثومة بطريق البلع ، وفى هذه الحالة تكون معرضة لآثار التفاعل الكيماوى للعصارات الهضمية وللحركة الميكانيكية التى تقوم بتوصيلها إلى الأمعاء الغليظة التى تقوم بإخراجها مع البراز ، ومن ثم يستلزم الإصابة بالسل بسبب بلع الجرثومة عدداً من جراثيمه أكبر مما يلزم فى حالة انتقالها عن طريق الاستنشاق وتنتقل الجرثومة من شخص لآخر بطرق عديدة أهمها الاختلاط المتصل عن قرب بشخص حامل للميكروبات ، ولدى هذا الشخص ميكروبات حية فى لعابه وفى الرذاذ الذى يتناثر من فمه عند السعال أو العطاس أو حتى عند الضحك أو الكلام ، فإذا ما اقترب شخص من محيط هذه الذرات فقد يستنشق بعضاً منها وتكون بالطبع حاملة للميكروب ، وتقبيل شخص لديه ميكروبات السل يكون فى غاية الخطورة ، فقد تكون الميكروبات على شفتيه مباشرة . وهذه هى أمثلة من الاتصال المباشر ، على أن ميكروب السل يمكن انتشاره بالاتصال غير المباشر حيث إنه يعيش لمدد طويلة خارج الجسم ، ومن ثم تنتقل العدوى باستعمال أى شىء استعمله شخص حامل للميكروب ، أو كان فى محيط الرذاذ المتناثر من عطاسه أو سعاله ، وهذه الأشياء كثيرة العدد متفاوتة الأنواع ،

فهى تختلف وتشمل الملابس أو أدوات الأكل والأثاث والسجاجيد والفوط ومقابض الأبواب وسماعة التليفون وغيرها . هذا إلى أن اللعاب حينما يجف ويختلط بالتراب يمكن للهواء أن يثيرها ويرفعها إلى الهواء الموجود داخل حجرة ما ، فيمكن لسكان هذه الحجرة استنشاق ما تحويه من ميكروبات مرض السل .

وبالإضافة إلى طرق العدوى المباشرة وغير المباشرة يمكن انتقال المرض بوسيلة أو شخص ثالث — فمثلا يمكن لوالد أن يقع قدمه على بصاق شخص مصاب فى الشارع فيلتصق هذا البصاق أو جزء منه بقدمه ويحمله إلى المنزل فينتقل الميكروب إلى الأرض حيث يلعب أولاده ، كما يمكن أن تكون بقرة ما مصابة بمرض السل وقد يكون الميكروب موجوداً بلبنها ، فيصيب من يشربونه ، اللهم إلا إذا عقم اللبن .

والحالات المعروفة لإصابات السل فى الولايات المتحدة تبلغ ١٠٠,٠٠٠ حالة كل سنة أى بمعدل ٦٧ شخص لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان — وفى ١٩٥٠ كانت نسبة الوفيات بسبب السل فى الولايات المتحدة بمعدل ٢٢,٢ لكل مائة ألف من السكان أى بنقص ٨٩٪ عن سنة ١٩٠٠ حينما كانت نسبة الوفيات ١٩٤,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ وحينئذ كان السل هو السبب الأول للوفاة فى الولايات المتحدة ، أما فى سنة ١٩٥٠ فقد تسبب فى وفاة ٣٤,٠٠٠ شخص ، أى أن ضحاياه كانوا أكبر من ضحايا أى مرض معد أو طفيلى آخر ، فهو ما زال السبب الأكبر للوفاة فى الأعمار من ٢٠ إلى ٤٠ سنة ولذلك لا يجب الإقلال من شأنه بأى حال من الأحوال .

الأعراض والتشخيص :

الأعراض المعروفة لمرض السل هى الشعور بالتعب ، وانخفاض وزن الجسم ، فالشعور بالحمى بعد الظهيرة ، عسر الهضم ، العرق بالليل ، وحصول السعال أو خشونة التنفس ، أما الأعراض الأقل شيوعاً ، فأولها ظهور آثار

الدم فى البصاق ، وتكون الكمية ضئيلة أو كبيرة حسب حالة المرض . وأحياناً تكون الآلام الحادة فى الصدر هى الإنذار الأول لوجود المرض ، وقد لا يظهر شيء من هذه الأعراض، بل غيرها مثل سوء الحالة الصحية — النوم المضطرب — اضطرابات الأعصاب أو حالة هبوط عام — وأى من هذه الأعراض تستدعى عناية الطبيب وفحصه ، فقد تكون إنذاراً أو علامة لوجود مرض السل .

أما الجزم بوجود المرض من عدمه فوسيلة ذلك هى تحليل البصاق وكذلك بواسطة عمل الأشعة التى تعتبر أهم وأسرع طريقة لكشف المرض، إذ يمكن الاستدلال على سل الرئة بالأشعة قبل ظهور الأعراض الأخرى . وأمكن بذلك استخدام وسائل العلاج الفعالة فى بدء المرض حيث يكون العلاج ناجحاً وتكون احتمالات العدوى ضئيلة .

العلاج :

الراحة هى العلاج الأساسى لمرض السل ، وهذا يعنى الراحة العقلية والعاطفية والجسمانية ، فالراحة تسمح لخلايا الرئة المصابة أن تبرأ ، ويستتبع الراحة الغذاء الكافى — والراحة فى مصحة لعلاج مرضى السل أفضل من الراحة بالمنزل . وتستخدم أساليب جراحية مختلفة لمساعدة الرئة المصابة على الراحة والاسترخاء حتى يتم العلاج ويحصل الشفاء ، ومن هذه الأساليب فصل الرئة مؤقتاً أو فصلها بصفة دائمة ، أو عمل جراحة فى الأعصاب الخاصة بالحجاب الحاجز ينتج عنها إنعدام حركة جانب منها لبضعة شهور ، أو استئصال الأجزاء المصابة من الرئة . وقد اكتشفت العقاقير المضادة لميكروب السل وكثر استعمالها فى السنوات الأخيرة . وأمكن بواسطتها تقصير مدة علاج المرض وتقليل عدد العمليات الجراحية ، كما أمكن بواسطتها إجراء عمليات جراحية كانت غير ممكنة فى بعض الحالات — وتشمل هذه العقاقير الأستربتوميسين (Para-aminosalicyclic acid, Streptomycin) ولكنها لا تعتبر دواء شافياً للسل تبعاً للأدلة الموجودة حالياً

فضلا عن أنها تولد مضاعفات ضارة قد تكون خطيرة . هذا إلى أن ميكروب السل يمكن أن يتولد عنه مقاومة لمفعولها فى أثناء مدة العلاج ، على أنه اكتشف دواءان جديدان فى سنة ١٩٥٢ وهما ريفيون(Rimifon (Nydrazid ، Marsilid اللذان أثبتا أن لهما فوائد جليلة وقد اكتشفت حديثاً أدوية أخرى ، ولكن مدى مفعولها لم يتضح بعد ، وعلى أية حال ، فإنا سنفترض فى هذا البحث ، أن علاج السل سيكون فعّالا بدرجة كبيرة فى السنوات القليلة القادمة .

وعلى المريض أن يداوم العلاج حتى تظهر صور الأشعة أن الرئتين قد شفيتا تماماً ، وحتى تظهر نتيجة تحاليل البصاق سلبية ، وعلى العموم ، كلما طالت مدة العلاج تحسنت النتيجة وحين يأخذ المريض فى التحسن وهو تحت العلاج يجب عليه أن يستعيد حركته ونشاطه بالتدريج حتى يتعود على العمل لعدة ساعات كل يوم ، ويجب أن تأخذ هذه الحركة والنشاط شكلا مناسباً من العمل الخفيف .

النظام بعد تمام العلاج :

على المريض أن يكون حذراً فيما يقوم به من عمل أو نشاط فى الفترة التى تعقب إنتهاء علاجه ، إذ بينما يتلهف هو على استعادة وظيفته المربحة بأقصى سرعة ، يجب عليه مبدئياً أن يقصر نشاطه اليومى على عمل لا يشغل كل ساعات النهار ، ويجب ألا تزيد ساعات العمل عن تلك التى كان يعملها فى مدة علاجه ، كما أن نوع العمل يجب ألا يكون من النوع الذى يسبب له نكسة ، ولذا لا يتناسب مع حالته العمل اليدوى المضنى أو الصناعات التى تستتبعها إثارة التراب أو التعرض للطقس قارس البرودة ، كما لا يتناسب مع حالته المواقف الشخصية أو العائلية المحرجة أو المؤلمة أو المواقف المتعلقة بالعمل التى يترتب عليها أزمات تنتج صراعاً وضغطاً لديه .

ويمكن زيادة ساعات العمل تدريجياً تحت الإشراف الطبى على مدى

فترة بين ٦ و ٩ أشهر حتى يمكن الوصول إلى ساعات العمل لليوم الكامل . ويجب الإكثار من عمل الفحص الطبي والتحاليل وأشعة إكس طوال مدة السنتين الأوليين للتأكد من احتفاظ المريض بالشفاء ، ويجب مراعاة وزن المريض بدقة وإعطائه فرص الراحة الكافية ومراعاة قواعد الصحة العامة ، فإذا مرت السنتان الأوليان بعد تمام العلاج بدون إنتكاس المريض أمكن إجراء الفحص الطبي والأشعة على فترات متباعدة ، لكن عليه ألا يتوقف عن المحافظة على صحته الجسمانية والعاطفية وملاحظة وزنه وأخذ قسط وافر من الراحة ، وبعد خمس سنوات من إتمام العلاج يكون احتمال حصول نكسة للمريض ضعيفاً، لكن يستحسن أن يقوم بعمل صورة أشعة مرة كل سنة .

النواحي النفسية قبل فترة العلاج وخلالها

الاعتبارات النفسية للحالة :

فى حالة السل كما فى غيره من الأمراض لا يتعامل الأخصائى مع مجموعة من الخلايا المصابة أو المريضة ، بل يتعامل مع أشخاص ذوى قدرة على التفكير والشعور تؤثر حالتهم العقلية والعاطفية على حالتهم الجسمانية فى كل ساعة من ساعات حياتهم تماماً كما تؤثر حالتهم الجسمانية على حالتهم العقلية والعاطفية . وميكروب السل هو السبب الأول لمرض السل لكنه ليس السبب الوحيد وليس بكاف وحده لحصول المرض ، فالذين يصابون بالمرض ، يكوّنون نسبة ضئيلة ممن انتقلت إليهم جرثومته فى فترة من فترات حياتهم . وسبب ذلك هو أن أجسام معظم الناس تقاوم الميكروب وتجعله غير فعّال ، أما إذا قلت مقاومة الجسم أو كانت كمية الميكروب كبيرة وذات حيوية أو توفّر كلا العاملين ، تكاثر الميكروب ونتج عن ذلك المرض ، وتقل مقاومة الجسم بسبب عدم كفاية التغذية أو عدم كفاية النوم أو سوء أحوال المعيشة أو ظروف العمل غير الصحية . والتعرض للإصابة بميكروب السل يكثر

إذا زاد عدد الناس الذين يتصل بهم الشخص ويحتك بهم احتكاكاً مباشراً . وكلنا يعلم أن التراب فى الهواء يضر الرئتين ، ولذلك فإن الإصابات بالسل تكثر بين الطبقات الفقيرة عنها بين الأغنياء ، كما تغلب بين من يعملون كثيراً ويضنون وتقل بين من لا يعملون . وكذلك تنتشر الإصابات فى المدن أكثر منها فى الريف حيث يقل الزحام ويكون الهواء نقياً ، وتكثر الإصابات بين العمال الذين يتعرضون للأتربة . على أنه من الواضح أن الأسباب السابقة لا تعطى الصورة الكاملة للموقف حيث إن :

١ ـ معظم الفقراء وسكان المدن الذين يكثرون من العمل ، وكذلك من التعرض للأتربة لا يصابون بالسل .

٢ ـ قلة ضئيلة من الأغنياء الذين لا يعملون والذين يعيشون فى الريف ولا يتعرضون للتراب مصابون بمرض السل .

فما بقية القصة إذن ؟

إن بقية القصة ، كما اتفق معظم الباحثين والملاحظين لهذا الموضوع هى عند المرضى أنفسهم ، فأفكار الناس ومشاعرهم وعواطفهم واتجاهاتهم تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على دقات قلوبهم ، وعلى ضغط دمهم ، وعلى درجة حرارتهم ، وعلى هضمهم ، وتنفسهم ، وعلى عضلاتهم ، وعلى إفرازات وعصارات أجسامهم ، أى أنها تؤثر على جميع النواحى الجسمية بما فى ذلك الغدد الداخلية وإفرازاتها . وبالاختصار فإن أى اضطراب فى حياة الفرد الشخصية أو العاطفية تولد شعوراً بالإرهاق وعدم التكيف والحسرة وذلك فى علاقات الشخص مع غيره من الأفراد وفى محيط الأسرة والعمل كما توجد اضطراباً فى صحته البدنية ، مما يقلل مقاومة الجسم ، وهذا يهيىء الظروف المناسبة

لميكروب السل ليبدأ هجومه[1]

وناحية نفسية أخرى عن مرض السل هي ما تعرف « بالحاجة للمرض »، حيث لوحظ أن بعض الناس لديهم رغبة قوية لاشعورية فى الاعتماد على غيرهم لرعايتهم وتدليلهم (كما كانت الحال عندما كانوا يمرضون فى طفولتهم) ، ويحقق لهم ذلك إصابتهم بالسل أو أى مرض مزمن آخر يقعدهم عن العمل . وفى حالات أخرى يكون هذا المرض سبباً قوياً للهروب من مآزق عاطفية غير محتملة . فالمريض لا يحتاج إلى مواجهة مواقف الفشل فى حياته ، فمثلا تتعلل امرأة ما بالمرض لكى تهرب من مضايقات زوج مدمن على الخمر يصاب بأزمات قلبية . وكذلك بعض الشباب ، فالمرض يكون لهم ملجأ للتخلص من سيطرة والد متعسف أو من مضايقات المواقف الأسرية الناتجة من التحيز لأحد الأخوة الأكثر نجاحاً أو لأخت أكثر جاذبية ، والالتجاء للمرض للهروب من هذه المواقف يكون لا شعورياً من جانب الشخص المريض . وحتى الانهيار الذى ينتجه سوء التغذية أو الإجهاد فى العمل أو الذى يتبع الإصابة بالالتهاب الرئوى ربما يكون مصدره غير المباشر هو حالة الهروب هذه . ولهذا تبدو الأسئلة الكثيرة التى منها : لماذا يعانى شخص ما من سوء التغذية وتقل مقاومة جسمه للمرض رغم أن فى منزله الغذاء الكافى ؟ وإذا كان مدمناً على الخمور مما يسبب له فقد الشهية فمن أى شىء يحاول الهروب ؟ أو ما الذى يحمله على السير فى المطر فيبلل نفسه ويصاب بالزكام رغم أن لديه مظلة وغيرها من أسباب الوقاية.

---

(١) البيانات المتقدمة تعبر عن وجهة نظر هامة وهى ما تعرف بالعلاج الطبى على أساس سيكوسوماتى . وكلمة « سيكو » معناها العقل و « سوما » الجسم وتستعملان للتعبير عن الارتباط والتداخل بين وظائف العقل والجسم وتأثيرها على أسباب وعلاج أمراض الإنسان واضطراباته — وحسب التقديرات فإن ثلث المرضى الذين يعالجون فى المحيط الطبى العام توحى بأن الأعراض التى تظهر عليهم مصدرها أساساً هو الاضطراب النفسى ، وأن الأعراض التى تظهر على الثلث الثانى من هؤلاء المرضى توحى أن أسباب مرضهم مرجعها مشاكل نفسية وعاطفية تؤثر على تكوينهم الجسمى وتزيد أعباء ودرجة أمراضهم الجسمية .

المقاومة والاعتراض على علاج مرض السل :

إن أحد الأسباب النفسية التى تعوق علاج مرضى السل هى رفضهم الاعتراف بوجود أى علاقة بينهم وبين المرض ، حيث إن كلمة السل هى كلمة مخيفة مرعبة توحى بالخجل والعار ، ومن ثم يجب تلافيها بشتى الوسائل ، ولهذا يرفض الناس رؤية الأطباء لشهور طويلة حتى ولو كان لديهم الاعتقاد بأنهم مصابون بالسل ، وحتى بعد ظهور التشخيص ، يعمد الناس إلى الإهمال أو إلى تأخير تناول العلاج ، وأحياناً يصرون على أن هناك خطأ فى التشخيص نفسه ، إذ يعتقدون أن السل شىء لا يمكن أن يحصل لهم ، ويحدث هذا إذا ما كان الشخص يشعر أنه ذو صحة جيدة ، وربما أخّروا تناول العلاج واتباعه نتيجة أنهم يوحون لأنفسهم أنهم قادرون على معالجة الحالة بأنفسهم ، وذلك بعدم إجهاد أنفسهم فى المنزل ، ومن ثم فدخول المستشفى غير لازم ، وأحياناً يعتبر المتديّنون أن الإصابة بالسل ما هى إلا عقاب على ذنوب اقترفوها حقيقة كانت أو وهمية . وهذا بطبيعة الحال ، يؤخر العلاج ، وبعض الناس إذا ما أصيب بالسل يفقد كل أمل فى الشفاء ، ويعتقد أنه خسر كل شىء ، ومن ثم يشعر أنه لابد أن يتمتع بما بقى له من حياته ويلجأ إلى حياة السكر والعربدة .

ونتيجة لهذا وغيره من السلوك الذى يقوم على الاعتراض والمقاومة لعلاج المرض ، فإن نسبة كبيرة ممن يدخلون المصحّات تكون حالتهم من الخطورة بمكان . وكان من الممكن كشف المرض بسهولة والبدء فى علاجه فى مراحله الأولى .

شخصية المسلول

كان الاعتقاد الشائع هو أن هناك نوعاً خاصاً من الشخصية لمن يصابون بالسل ، وأن احتمال الإصابة بالمرض يتعرض لها نوع خاص من الناس ، وأنه كلما زادت حالة المرض خطورة وضحت هذه الشخصية واستبانت معالمها . وحتى لو افترض أن أنواعاً متفاوتة من الناس يمكن إصابتهم بالمرض ، فقد جادل أصحاب هذا الاعتقاد ، وقالوا إن السموم المتولدة داخل الجسم بسبب المرض تنتج شخصية المسلول . وقد عبّروا عن هذا النوع من الشخصية فيما بينهم بصفات متناقضة ، على أن صاحبها منطو متلهف وشديد التأثر ، وأنه منقبض ومتفائل بدرجة زائدة ، وأنه سريع الإثارة جنسياً ، يقظ الذهن وله تصرفات الأطفال .

ولكن بعد عمل الأبحاث الواسعة والاختبارات المختلفة والدراسات الدقيقة فى السنوات الأخيرة ، استنتج الباحثون أنه ليس هناك نوع واحد من الشخصية مسيطر بين مرضى السل ، كما أنه ليس هناك شخصية خاصة ، أو مجموعة من الخصال يتميز بها المسلول عن شخص أمضى مدة نقاهة طويلة .

نعم هناك ما يوحى أن مرضى السل لديهم نزعة اللهفة والاضطراب العصبى الخفيف ، والانقباض وعدم الرضا أكثر من نزعة غيرهم من الناس عموماً ، لكن يلاحظ وجود هذه النزعات نفسها بين المرضى الآخرين الذين يدخلون المستشفيات بسبب أمراض أخرى مزمنة أو مفاجئة .

وإحدى نواحى « شخصية المسلول » المزعومة التى لقيت اهتماماً كبيراً هى العلاقة بين السل وبين الفصام أو سكيزوفرنيا **Schizophrenia** فقد لوحظ أن نسبة كبيرة من مرضى السل تخرج من بين المصابين بالمرض الأخير ، والموجودين بالمستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية ، غير أنه ليس هناك دليل على احتمال إصابة الأشخاص الذين لديهم سكيزوفرنيا بمرض السل ، على أنه

يجب التذكر أن هؤلاء الأشخاص يقيمون فى المستشفيات لمدد طويلة وأن عدوى السل تنتقل نتيجة للازدحام وعدم العناية بمبادئ الصحة العامة .

وكما ذكر آنفاً — فإن جميع أنواع الناس يتأثرون بالمرض وهم فى ذلك سواء بصرف النظر عن شخصيتهم أو سنهم أو جنسهم أو لونهم أومهنهم . ومن المسلّم به أن انقضاء مدة طويلة فى النقاهة يعتمد فيها الشخص على غيره قد تولّد مجموعة من الصفات تعد من الخصال الصبيانية ، لكن هذه الظاهرة تنطبق بحذافيرها على الأمراض الأخرى ولا يختص بها مرضى السل .

معاملة المريض

لقد ركزنا الاهتمام حتى الآن على الناحية النفسية للمريض نفسه من حيث عدم تكيفه فى المجتمع ومقاومته للعلاج ثم شخصيته ، لكن هناك الناحية الأخرى المهمة وهى التى تتعلق بالناحية النفسية لمعاملة المريض بالسل من وجهة نظر الطبيب المعالج والمصحة . أثبتت التجارب أن تشخيص المرض على أنه سل يكون مجدياً بدرجة كبيرة ، لكن الطريقة التى يتخيرها الطبيب لإخبار المريض قد تؤثر على سرعة شفائه . فإعلان الخبر بشكل مفاجئ أو بدون مراعاة لحالة المريض قد يزيد فى اضطرابه العاطفى ، على أن الأمانة فى الخبر المصحوبة بالحذر وتأكيد الشفاء تساعد كثيراً ، غير أنه ربما تحصل مضاعفات سيئة فى النهاية إذا ما اتضح للمريض أن تأكيدات الطبيب فيما يتعلق بشفائه وطبيعة مرضه والمدة اللازمة لعلاجه ، كانت كاذبة ولم تستند على أساس من الصدق ، فمثلا يعمد بعض الأطباء إلى الطريقة ذات الأثر السريع ألا وهى التأكيد للمريض أن المسألة لن تتعدى سوى أخذه قسطاً من الراحة لبضعة شهور ، وقد يساعد هذا على إقناع المريض بدخول إحدى المصحات ، لكن رد الفعل يكون خطيراً فيما بعد حينما يقارن المريض بين الحقيقة والتأكيدات التى ذكرها طبيبه عند البداية .

والظروف التى تحيط بالمريض عند دخوله المصحة قد تؤثر أيضاً على نظرته نحو الحياة وبالتالى على تقدمه فى العلاج ، فبشاشة الاستقبال ووسائل الإقامة المريحة والاهتمام الشخصى باحتياجات المريض العاجلة ، وكذلك تفهيمه بوضوح كاف أسباب وتفاصيل طريقة العلاج ونظامها ، كل هذه العوامل يكون لها أثر إيجابى عند المريض . ويمكن فى هذه المرحلة المبكرة عمل الكثير حتى يبدأ علاجه دون أن تعتريه هواجس من الخوف أو اليأس أو أو المقاومة للعلاج .

وهناك بالطبع الطريقة العامة فى معاملة مرضى السل ، وهى تنطوى على التعميم والاستنتاج منذ البداية ، وذلك عن طريق ما يقال أو يحصل فى المصحة ، وتتلخص فى أن المريض قد حضر للمصحة لكى يشفى وأنه سيتحسن بالتدريج ، وأنه سيغادر المصحة فى تاريخ مقبل ، وإحدى الطرق المؤكدة النتائج فى هذا المضمار هى البدء مبكراً فى التأهيـــل والتوجيه والتمرين المهنى لمن سيحتاجون ذلك عند خروجهم من المصحة ، وكذلك المداومة على اقتراح وتشجيع الخطط والمشروعات التى يمكن لجميع المرضى الاستفادة منها بعد خروجهم .

ويجب دائماً تشجيع المرضى على اتباع نظم العلاج بكل عناية ودقة ، هذا بجانب عمل كل ما يمكن عمله لكى يوحى إلى المرضى بأنهم سيشفون فى وقت ما وأنهم سيزاولون أعمالهم العادية . وهذا الاعتقاد له ما يبرره عموماً حيث أن الإيحاء إلى المرضى يكون عاملا إيجابياً يساعد على العلاج .

وهناك نواح أخرى مرتبطة ومتشابكة مع ظروف العلاج . وهى تؤثر إما إيجابياً أو سلبياً على راحة المريض الذهنية وبالتالى على قدرته على الراحة والاسترخاء ذهنياً وعاطفياً وجسمانياً وهذا هو العلاج الأسا ى الذى يساعد خلايا رئته المصابة على الإبلال .

وسنذكر باختصار هنا بعضاً من هذه النواحى الواضحة ، على أن القارئ المفكر يمكنه مضاعفة نقاط القائمة :

١ ـ مدة الراحة فى السرير (فبعض المرضى لا يطيقون التململ والألم والحسرة التى يشعرون بها طول مدة راحتهم فى السرير ويفضلون الحركة الجسمانية) .

٢ ـ مدى الدقة فى تطبيق لوائح ونظم المصحة وفى الإشراف على تنفيذها (فالمقاييس المناسبة لذلك تختلف من شخص لآخر) .

٣ ـ نظام تصاريح زيارة المدينة أو زيارة الأقارب والأصدقاء أو زيارة المنزل (وهنا أيضاً تتفاوت المقاييس التى تعتبر مناسبة من شخص لآخر) .

٤ ـ مدى ونوع المعلومات التى تعطى للمريض عن تقدمه أو تأخره فى العلاج (فالتقديرات تختلف من شخص لآخر) .

٥ ـ الانطباع فى ذهن موظفى المصحة والمرضى الآخرين لمخاوف وهواجس مفتعلة أو عدم انطباعها .

٦ ـ اتجاهات أقارب المريض وشعورهم نحو الطبيب والممرضات وموظفى المصحة .

٧ ـ فرص الاتصال أو النشاط الاجتماعى أو الترفيهى داخل المصحة (ويشمل ذلك انفصال الجنسين أو اختلاطهم) .

٨ ـ توافر التسهيلات اللازمة للتوجيه والتأهيل المهنى الكافى خلال العلاج وكذلك فرص التمرين على ذلك (يمكن لهذه النقطة أن تصبح فى غاية الخطورة والأهمية وقد أهملت فى معظم المستشفيات) .

المغادرة غير الاعتيادية للمستشفى

الخروج غير الاعتيادى من المستشفى شىء شائع ومؤلم إذ أن نسبة كبيرة جداً من مرضى السل يتركون العلاج بهذه الطريقة وهى الخروج من المستشفى بدون إتمام العلاج[1] ، ويترتب على هذا نتائج خطيرة لا

(١) لا نعنى هنا الأخطاء التى تقوم بها المستشفيات التى تجبر المرضى على مغادرة المستشفى قبل إتمام العلاج بسبب قلة الأماكن والضغط الخارجى من المرضى الذين طال انتظار دورهم . وإنما نعنى المريض الذى يخرج برغبته وبدون رغبة الطبيب .

تؤثر فيهم فحسب ، بل تؤثر فى الآخـــرين الذين يحتمل أن ينقـــل المرض إليهم . وغالباً ما يكون هناك سبب قوى ومعقول يدفع المريض إلى مغـــادرة المستشفى بدون إذن الطبيب رغم أن ذلك ينتج إلى حدما من رفض المريض التسليم بطبيعة مرضه ، وفيما يلى بعض الأسباب التى من أجلها يغادر المريض المستشفى :

الانشغال على المسائل المنزلية :

المشاكل الأسرية والمنزلية .

الظروف المالية بما فيها المشغوليات المتعلقة بالمعاش والتعويض .

الرغبة فى القرب من المنزل لمعالجة المشاكل عند اللزوم .

مشاكل التكيف بالمستشفى :

عدم الرضا والاعتراض على العلاج .

عدم الرضا بالخدمة التى يحصل عليها من موظفى المستشفى .

عدم الرضا بقوانين المستشفى .

الضجر من الإقامة بالمستشفى .

الرغبة فى تلافى النظم التأديبية للمستشفى أو الأساليب المتبعة فى مغادرتها .

متفرقات :

تأثير الأسرة أو الأفراد الآخرين خارج المستشفى .

ضيق التفكير وعدم تقدير المسئولية ويتصل بذلك الإدمان على الخمور .

الخوف من الجراحة .

عدم تقدير خطورة مرض السل .

الشعور باليأس من الشفاء الجسمانى .

ويتبين من هذا أن الخوف والنزعات والمشاكل الشخصية وصعوبات التكيف

مع المرض هى التى تحمل مرضى السل على مغادرة المستشفى رغم معارضة الأطباء وهذا يقلل من فرص الشفاء . ويضاعف من خطورة المرض — وهذه ناحية واحدة من النواحى النفسية المعقدة التى يجب معالجتها عند التعامل مع مرضى السل وهى خارجة عن اختصاص إدارة المستشفى — فإذا أمكن الوصول إلى حل للنقط الآتية كان ذلك مدعاة لإنقاص عدد الحالات التى تصاب بنكسة فى أثناء العلاج وكذلك إنقاص عدد الوفيات وعدد حالات العدوى .

١ — توفير الرعاية الاقتصادية والمساعدات الاجتماعية لأسرة المريض .

٢ — جعل أساليب ونظم المصحة مسلية وذات مغزى للمريض بما فى ذلك اعتبار التدريب والتأهيل المهنى جزءاً من العلاج كلما احتاج الأمر ذلك .

٣ — مساعدة المريض على أن يفهم هو وأسرته منذ بدء العلاج طبيعة مرض السل والعلاج اللازم له .

المشاكل النفسية فى التأهيل العام والمهنى لمرضى السل

فى حالة الأمراض المزمنة أو الإقامة الطويلة بالمستشفى يتعود المريض على أن يقوم شخص بخدمته ورعايته بدون أى مجهود من جانبه ، وعلى ذلك فإنه يرحب ويعمل على استمرار هذا الوضع ولذلك يمكن القول أن الإقامة بالمستشفى تفى باحتياجات المريض التى يعتمد فيها على غيره . وينطبق هذا بالذات على مرضى السل الذين يعانون آلاماً خاصة أو مضايقات بسبب المرض . وحينما يصل شعور المريض إلى درجة أنه لا يرغب فى مغادرة المستشفى إطلاقاً فإنه يبرر ذلك بأنه يدعى أنه عاجز عن الحركة ثم يرفض أن ينهض من مكانه حينما يحين الوقت المناسب لذلك . وينشأ ذلك عن « الحاجة للمرض » التى أشير إليها آنفاً ، ويغلب حصولها بين المرضى غير الراشدين أو الذين لا يقدّرون المسئولية ، ولكن يندر حصولها بين المرضى الذين لديهم واجبات عائلية أو يقدرون المسئولية .

ورغم أن هناك رغبة شبه عامة فى هذا الاتجاه ، إلا أن هذا يحصل بشدة ويكون ملحوظاً بين من عاشوا فى رفاهية وبسهولة وكانوا يعتمدون عاطفياً على أحد الأبوين أو الأقارب فضلا عن أنهم لم يتعلموا أن يعتمدوا على أنفسهم – ويحصل هذا الميل أيضاً بين الطبقات الفقيرة جداً التى تفضل عيشة المستشفى وغذاءها والرعاية التى يحصلون عليها فيها ، على الكفاح والتعب والجهد فى سبيل لقمة العيش بالخارج .

أما المرضى الذين تتولد لديهم الرغبة فى الإقامة المستديمة بالمستشفى فقد يتولد لديهم بعض الهواجس والمخاوف خلال فترة العلاج مما يعوق قدرتهم على الرجوع إلى حياتهم العادية بعد تمام الشفاء من الناحية الطبية ، فقد يطغى الشعور بالخوف من الانهيار حتى أنه يخشى أن يحرك إصبعاً من تلقاء نفسه وبدون مساعدة من أحد ، وربما انتابه الانشغال والخوف من أن يتسبب فى عدوى غيره من الناس مما يمنعه من العودة إلى المنزل ، أو حتى التمتع بالتفكير فى الزواج ، وربما منعه قلقه على قدرته على العمل من أن يحاول الحصول على عمل لنفسه . وربما شعر أن إصابته بمرض السل جعلت من المستحيل عليه أن يحظى أو يجرب الأشياء الممتعة فى الحياة ، وكل من هذه المخاوف تكون مشاكل نفسية تعوق التأهيل الناجح .

وهناك مشكلة نفسية أخرى وهى الرجوع لأسرته أو لعمله ولنتذكر ما قيل آنفاً عن الإصابة بمرض السل للهروب من ظروف غير محتملة ، وفى هذه الحالة يكون الرجوع لهذا الموقف عائقاً كبيراً للتأهيل بل قد يكون سبباً فى نكسة سريعة.

وكل هذه النقط تقع فى محيط حيث يجب استعمال العلاج النفسى ، على أن يكون ذلك خلال العلاج وبعده – وحتى فى حالة إنعدام المشاكل التى ذكرت – أى الرغبة فى الإقامة المستديمة بالمستشفى أو مخاوف العجز الجسمانى أو الرجوع إلى ظروف تسبب الضيق والكدر – يكون على مرضى السل السابقين أن يواجهوا مشاكل وعقبات متعددة حتى يستطيعوا مزاولة حياتهم العادية ، فمثلا

على المريض أن يحدد عدد ساعات العمل التى يقوم بها فى اليوم ، وعليه كذلك ألا يزاول إلا الأعمال التى لا ترهقه أو تؤثر على صحته ، وعليه أن يكون حذراً من عودة المرض ولذلك يتعين عليه أن يراعى راحته اليومية وغذاءه ووزن جسمه كما أن عليه أن يقوم بفحص طبي من آن لآخر لكي يتأكد من تخلصه من المرض وغالباً ما تسبب فترة العلاج الطويلة استنفاد جميع مدخرات المريض المالية ، وبالإضافة إلى عدم تكسبه فإن المرض يتركه فى حالة مالية يرثى لها ، فضلا عن أن مدة العلاج تجعله فى معزل عن العالم الخارجى بما فى ذلك أسرته والمحيطون به ، ومن ثم فإنه يشعر بتغيرهم حينما يخرج من المستشفى . لقد تعود على الراحة وعلى أن يقوم غيره بخدمته أما بعد خروجه من المستشفى فعليه أن يعتمد على نفسه ويتعلم من جديد كيف يقوم بأداء ما يحتاج إليه بمساعدة أسرته أو أصدقائه أو أحد الأخصائيين الاجتماعيين .

ونتيجة للتعليم العام فيما يختص بعدوى مرض السل ، فإن المريض السابق بالسل يجد أن الناس يتحاشونه ويبعدون عنه وينطبق ذلك على مستخدميه وأصدقائه ، وربما اضطر أن يخفى قصة مرضه لكى يستطيع الحصول على عمل يحتمل أن يسبب له ضرراً جسمانياً بسبب الإجهاد أو الظروف الموجودة فى هذا العمل والتى لا تتناسب مع مرض السل وهناك تبدأ مهمة تعليم الصحة العامة . إن المحور الأساسى فى التأهيل هو التأهيل المهنى ، إن المريض لا يعتبر معافى إلا بعد أن يعود لوظيفته التى كان يقوم بها قبل مرضه أو لوظيفة مناسبة مع حالته إذا كانت الأولى غير مناسبة . ففيما يختص بمرضى السل يجب مساعدتهم من أول يوم من دخولهم المستشفى على تأهيلهم لحياتهم المستقبلة طالما أن حالتهم الصحية تسمح لهم بأى نشاط من أى نوع كان ، فمثلا يتاح لهم أخذ حمام فى أول فرصة ممكنة بعد دخولهم المستشفى بغية تمرين المريض على تحريك عضلاته ودفعه على أن يكون لنفسه هدفاً أخيراً ألا وهو تحقيق نشاط فى العمل طول اليوم . وكما ذكر آنفاً عن الحالات النفسية التى تعترى مرضى السل بعد

خروجهم من المستشفى ، فإن المريض إذا كان لديه معاش طول مدة عجزه عن العمل فقد يركن إلى هذا المعاش بدلا من أن يسعى للحصول على دخل من وظيفة ما يكون الحصول عليها غير مضمون أو مؤكد . وقد عبر عن هؤلاء بذوى المعاش Pensionitis فإذا لم يكن لدى المريض معاش أو مصدر مادى للاعتماد عليه ، فإنه يتعين عليه أن يبذل مجهوداً متواصلا وعملا شاقاً أكثر مما تحتمله حالته الصحية وذلك لكى يغطى مصاريفه ولكى يفى بمسؤلياته .

وليس هناك مجال للنقاش فى أنه يجب للتوفيق بين حالة المريض وبين الحالة التى تتطلبها ظروف الأسرة والمجتمع ، أن يقوم المريض بعمل خفيف لبعض الوقت يزداد تدريجياً تحت إشراف الطبيب إلى يوم عمل كامل . وفى هذه الفترة حينما يكون دخل المريض من العمل لبعض الوقت أقل من احتياجاته يجب توفير إعانة مالية له لتعوض هذا العجز فى الدخل حتى لا ينتج عن ذلك مشكلة جديدة لا يحتملها .

أما المشكلات الأسرية العاطفية الناتجة عن بعد المريض عن أسرته لفترة طويلة فيمكن علاجها بواسطة مكاتب الضمان والهيئات الأهلية التى تهتم بهذه الحالات كجمعية تحسين الصحة أو جمعية يوم المستشفيات وغيرها من الجمعيات التى تهتم برعاية المرضى عدة سنوات بعد خروجهم من المستشفى .

المراجـــع

1. Barker, R.G. & Others : *"Adjustment to Physical Handicap & Illness."* N.Y.: Soc. Sc. Rescarch Council, 1946, Bull. No. 55, Ch. 4.
2. Eyre, M.B.: *The Role of Emotion in Tuberculosis*". Amer. Rev. Tuberc. 1933, 27, 315-329.
3. Kiefer, N.C.: *"Present Concepts of Rehabilitation in Tuberculosis*". N.Y., Nat. Tbc. Ass. 1948.
4. Merrill, B.R.: *"Psy. of Tuberculosis Reh."* Office of Vocational Rehabilitation, Reh. Ser. No. 16, June 1946.
5. Siltzbach, L.E.: *"Clinical Evaluation of the Rehabilitation of the Tuberculosis*". N.Y., Nat. Tbc. Ass., 1944.
6 Tollen, W B : *Irregular Discharge* " Wash (Cov Pr Office) Vet Admin Pamph, 1948

الفصل الحادى عشر

سيكولوجية ثقيل الكلام

انتشار عيوب النطق والكلام

موضوع عيوب النطق والكلام هو — بقدر ما أعلم — الموضوع الوحيد من بين موضوعات هذا الكتاب الذى عمل فيه أبحاث ودراسات علمية فى مصر وقد سجلت فى كتاب « أمراض الكلام » (١).

وكان الغرض من تلك الدراسات هو معرفة عيوب النطق والكلام بين تلاميذ وتلميذات المدارس الأولية ، فأجرى الباحث استفتاء فى (٤٩) مدرسة منها (٢٧) بنين والباقى بنات فى أنحاء القاهرة وضواحيها ، وكان عدد أطفال هذه المدارس (٢٥١٩٥) طفل من بينهم (١٣١٣١) بنين والباقى بنات — وكانت الأعمار تتفاوت بين ٦ ، ١٤ سنة وكان عدد المصابين (١٨٦٥) طفل منهم (١٠١٥) من البنين والباقى بنات ، أما تفاصيل النتائج فكانت كالآتى :

النسبة العامة لعيوب النطق	فى البنين :	٨ ٪ تقريباً
	فى البنات :	٧ ٪ »
	وفيهما معاً :	٥ ,٧ ٪ »
النسبة العامة للجلجة	فى البنين :	٠,٨٤ ٪ »
	فى البنات :	٠,٥٠ ٪ »
	فيهما معاً :	٠,٦٧ ٪ »
النسبة العامة للإبدال	فى البنين :	٥ ,٥ ٪ »
	فى البنات :	٣ ,٥ ٪ »
	فيهما معاً :	٤ ,٥ ٪ »

(١) كتاب « أمراض الكلام » للدكتور مصطفى فهمى — مكتبة مصر بالفجالة ١٩٥١ .

النسبة العامة للكلام الطفلى	فى البنين : ٦٢و ٪ تقريباً	
	فى البنات : ٤٥و ٪ »	
	فيهما معاً : ٥٣و ٪ »	
النسبة العامة فى العيوب الباقية	فى البنين : ٧٦و ٪ »	
	فى البنات : ٧٦و ٪ »	
	فيهما معاً : ٧٦و ٪ »	

وقد ناقش الباحث هذه النتائج مناقشة تفصيلية دقيقة ، ثم عقب فى النهاية قائلاً « ليس لنا أن نعقب على ما حصلنا عليه من نتائج إلا بعبارة واحدة : « أطفال بدون علاج » [1] .

وفى بحث مماثل فى الولايات المتحدة الأمريكية ، تبين من تقرير البيت الأبيض أن مليوناً من تلاميذ المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ ، ١٣ سنة لديهم عيب ما فى قدرتهم على الكلام ، ويحتاجون إلى علاج وتمرين لتصحيح كلامهم . ولم يشمل هذا الرقم الأطفال الذين لديهم عيب فى الكلام ولم يلتحقوا بالمدارس . وفى مدينة نيويورك وحدها كان العدد ٥٠,٠٠٠ أى بمعدل ٥ ٪ من مجموع تلاميذ المدارس ، وكانت هذه النسبة أقل من المتوسط وهى (٦,٩ ٪) للتلاميذ الذين لديهم عيب فى الكلام فى ٤٩ من المدن الكبرى بالولايات المتحدة .

ولقد اتفقت نتائج البحث فى مصر وفى أمريكا على أن العيوب تظهر بشكل أعم بين الأولاد منها بين البنات .

وسنتحدث الآن بشىء من التفصيل عن طبيعة اضطرابات الكلام وأكثرها شيوعاً ، والعلاقة بينها وبين الاضطرابات الأخرى ، وآثارها على الشخصية .

---

(١) ص ٢٣٨ من الكتاب المذكور .

طبيعة اضطرابات الكلام

من الصعب تعريف اضطرابات الكلام، كما هو الحال عند تعريف الشيء غير العادى أو الشاذ . كلنا لديه فكرة عن الشخص غير العادى كما هو مصطلح عليه فى مجتمعنا ، وربما كان لدينا أسس نبنى عليها اعتبارنا لشخص أنه غير عادى ويمكن تطبيق ذلك على الكلام حيث نضع مقاييس ونعتبر الكلام العادى أو الطبيعى هو الذى يكون واضحاً ومفهوماً للسامع ، ويجب ألا يكون الصوت مرتفعاً بدرجة كافية فقط ، بل يجب أيضاً أن يكون مقبولا للأذن ومن ناحية أخرى يجب أن يستطيع المتكلم الكلام بسهولة وبسرعة حسبما تقتضى الظروف .

ويختلف الكلام العادى باختلاف المتكلم ، فيجب أن يكون متفقاً ومتناسقاً مع عقليته وعمره ، وكذلك مع نموه الجسمانى . وإذا اعتبرنا أن عكس هذه العوامل هى الأسس الخاصة بالكلام المضطرب ، فإنه يكون غير واضح ولا مفهوم للسامع ، كما أن الكلام المعيب أو الناقص هو الذى يكون غير مقبول من النواحى السمعية والكلامية أو من ناحية صعوبة إخراجه ، وكذلك إذا كان غير متناسق مع عقلية الشخص أو عمره أو جنسه أو نموه الجسمانى .

وهناك تعبيران شائعا الاستعمال على التنـــاوب فى هذا المضمار وهما عيوب الكلام واضطرابه ويستحسن تبين الفرق بينهما وتعريفهما .

فالكلام المعيب هو الذى يلاحظه الإنسان عند ما يقارنه بالكلام العادى . وهذه الحالة لا ترجع إلى أسباب خاصة بأعضاء الجسم ، فمثلا توجد وقفات فى كلام شخص ما ، يرجع سببها إلى وجودها فى لغته الأصلية ، ويعرف هذا العيب فى الكلام « باللكنة الأجنبية » . أما إذا كانت وقفات الكلام عند شخص ما « مملة » بسبب أنه أصم أو ثقيل السمع فإن ذلك يعتبر اضطراباً فى الكلام — ومن

ثم فالاضطراب فى الكلام يشمل أسبابه والنتيجة السمعية المترتبة عليها . أما العيب فى الكلام فهو عبارة عن النتيجة فقط . وعليه ، يمكن وجود عيب فى الكلام بدون أن يكون هناك اضطراب فيه . أما جميع أنواع الاضطرابات فإنها تشمل عيباً فى الكلام .

أكثر أنواع اضطرابات الكلام شيوعاً

الاضطرابات العضوية والوظائفية :

يمكن تقسيم اضطرابات الكلام إلى نوعين رئيسيين :

١ — تلك التى سببها الرئيسى جسمانى أو عضوى .

٢ — تلك التى سببها نفسى أو متصل بوظائف الأعضاء .

والتقسيم الدقيق لكل من النوعين يكون متعذراً أحياناً ، إذ أنه يغلب ألا يكون سبب الاضطراب فى الكلام عضوياً كلية أو وظيفياً فى طبيعته ، فمثلا عيب اللثغ ، أو التمتمة ، ربما يكون راجعاً فى المبدأ إلى ترتيب ردىء للأسنان ونظامها . وعند ما يتبين الشخص ذلك ، تتأثر طبيعته ونظرته بالنسبة لبيئته ، وربما انعكس ذلك على طريقة كلامه . وأحياناً تحوز طريقة الكلام المعيبة هذه رضا الشخص من حيث أنها تلفت إليه الأنظار ، ومن ثم يصر عليها ويرفض تغييرها . ومن الضرورى للأخصائى المعالج أن يقرر نوع اضطرابات الكلام . وإذا كانت عضوية أم وظيفية — وعموماً يمكن القول بأن العيب عضوى أو جسمانى إذا كان ناتجاً بصفة مباشرة عن إصابات أو أمراض جسمانية كما هو الحال فى مشقوق الشفة مثلا . أما إذا كان سبب الاضطرابات مشاكل عاطفية أو نفسية ، كأن يظهر من تاريخ حياة الشخص حدوث أى اضطرابات اجتماعية أو اقتصادية أو نفسية ، ففى هذه الحالة تعتبر الاضطرابات الكلامية نفسية أو وظيفية . أما فى

حالة تداخل وتشابك الأسباب بين النوعين ، فإنه يمكن اعتبار الاضطرابات الكلامية خليطاً بينهما .

وعلى أية حال ، فإن من المهم التعرف على أى نوع تقع اضطرابات الكلام ضمنه حتى يمكن تركيز الاهتمام والعلاج فى الاتجاه الأوقع والأجدى ، على أن أخصائيي العلاج يقومون غالباً باستخدام طرق العلاج الخاصة بالقسمين من حيث تمرين أعضاء النطق على الكلام الصحيح ، وكذلك علاج الناحية النفسية .

أنواع اضطرابات الكلام

هناك أنواع أربعة لاضطرابات الكلام :

أولاً : عيوب النطق : — (dysarthrias & dysalias) وتكون النتيجة عدم وضوح الكلام وغموضه بسبب إخفاق الشخص فى إخراج الأصوات الكلامية المعروفة والمصطلح عليها . ويشمل هذا النوع اللثغ واللغط والاستعاضة عن الأصوات المعروفة بغيرها .

ثانياً : اضطرابات الصوت : — (dysphonias) وتشمل الإخفاق فى إخراج الصوت مرتباً مقبولا وواضحاً حسب ما تتطلبه الظروف ، ومثال ذلك خشونة الصوت والمبحوح منه ، أو انخفاضه وضعفه ، أو حدّته ، أو إخراجه عن طريق الأنف .

ثالثاً : احتباس الكلام : — (dysphasia) الذى يشوش فيه المعنى الرمز اللغوى للكلام .

رابعاً : التمتمة والتلعثم[1] : — (Stuttering) • وتشمل أخطاء الاحتفاظ بنغمة الكلام ، والتردد فى نطقه ، وتكرار نفس الصوت بعد صدوره .

---

(١) فى بعض الكتب نجد أن Stuttering، Stammering يترجمان بلفظ « لجلجة » .

(أولا) عيوب النطق وأسبابها

لكى يمكن إخراج الكلام ، فإنه يجب تكييف التنفس بفعل أعصاب النطق ، ويصحب ذلك حركات الفك والشفتين واللسان والحنك . وللإخراج السليم للكلام يجب أن تكون أعضاء النطق وكذلك مجموعة الأعصاب التى تحركها سليمة لأن أى خلل أو إخفاق فى أعضاء النطق عند تغيير وتكييف التنفس سيعتبر عيباً فى النطق . أما أسباب هذا الإخفاق فهى ما يلى : —

١ — أن أعضاء النطق بها خلل فى تكوينها ، أو فى علاقتها الفردية بعضها مع بعض .

٢ — أن يطرأ عائق على الأعصاب التى تتحكم فى هذه الأعضاء .

٣ — وجود عادات غير صحيحة فى النطق حتى ولو لم يكن بجهاز النطق أى عيب .

الأسباب العضوية : انحرافات الشفاة

١ — الشفة الشرماء والحنك المشقوق : إن اضطرابات النطق الناتجة عن الشفة الشرماء أو الحنك المشقوق ، هى أكثر التشوهات العضوية شيوعاً . ومن الطبيعى أن تتوقف مدى خطورة هذه الاضطرابات على مدى خطورة الإصابة الجسمانية ، فإصابة قاع الحنك ، يؤثر على نطق بعض الحروف مثل G جـ ، ك وإذا كانت الإصابة فى سقف الحنك ، فإن ذلك يؤثر على نطق بعض الحروف الأخرى التى تنتج من اتصال اللسان بسقف الحنك مثل (ت ، ط ، د) فإذا وصلت الإصابة إلى الشفة العليا ، فإن ذلك سيؤثر على نطق حروف مثل (ب ، ف ، ت) . . . إلخ — وإذا كان الشق خطيراً ، فإنه يؤثر على قدرة الشخص على النطق بدرجة خطيرة حتى يكون من الصعب تفهم كلامه .

٢ — تناسق الفكين وانطباقهما : إذا لم يكن هناك تناسق وانطباق بين

الفكين كأن يكون أحدهما بعيداً عن الآخر أو أقصر منه مما ينتج وجود فجوة بينهما ، أو إذا لم يكن وضع الأسنان أو نظامها متناسقاً ، يتأثر عن هذا نطق بعض الحروف مثل (ز ، س ، ى) . أما إذا كانت الفتحة الموجودة بين الفكين كبيرة فإن الحروف التى تحتاج إلى استعمال الشفتين والأسنان تتأثر بذلك مثل حرف (ف ، ذ ، ز) .

٣ ـــ عقدة اللسان : إن اللسان متصل بمؤخرة قاع الفم بمجموعة من الحبال فإذا كانت هذه الحبال قصيرة أو طويلة أكثر مما ينبغى ، فإن ذلك يعوق الحركة السهلة للسان ويتأثر تبعاً لذلك نطق بعض الحروف التى تحتاج لاستعمال طرف اللسان ومقدمته (ت ، د ، ط) .

٤ ـــ الأورام فى اللسان : إن أى تضخم غير عادى للسان يعوق سهولة حركته ودقتها ، وتكون النتيجة عموماً هى ضخامة الصوت وخشونته ، وعدم وضوحه وتتأثر تبعاً لذلك الحروف التى تحتاج لطرف اللسان فى نطقها حيث يكون من الصعب على الشخص نطقها .

العيوب العصبية :

(أولا) عسر الكلام : إن إخراج الأصوات اللازمة للنطق يستلزم مجموعة من الأعصاب ذات كفاءة تستطيع بها أن تتجاوب بشكل صحيح مع الموجات والتوجيهات التى تصلها ، وأعضاء النطق تقع مباشرة تحت إدارة أعصاب أخرى صادرة من الأعصاب المركزية ومن المخيخ . وينتج عن أى اضطراب فى هذه المراكز اضطراب فى النطق يعرف بعسر الكلام (dysarthrias) وهو ليس مرضاً ، بل إنه عبارة عن أعراض لمضاعفات قد نتجت من اضطراب أجهزة الأعصاب . ويتسبب فى مثل هذه الاضطرابات الأورام والتهابات الدماغ وأمراض مجارى الدم أو الأمراض التى تصيب مراكز المخ المهيمنة على أجهزة النطق والحركة .

ويتخذ اعوجاج النطق فى تلك الحالات مظاهر عدة منها :

١ – عيوب إبدالية (Substitution) وهى عبارة عن إبدال حرف بآخر كإبدال حرف الراء لاماً والصاد سيناً وهذا النوع من الأخطاء يشيع بين الأطفال الصغار .

٢ – عيوب تحريفية (Distortion) وتحدث نتيجة لتعلم لغة أجنبية فى سن مبكرة أو نتيجة طغيان لهجة من اللهجات على الأخرى وذلك مثل ما يتعرض له شخص ريفى إذا ما حضر إلى القاهرة أو الإسكندرية .

٣ – عيوب خاصة بالحذف (Omission) ولا سيما فى نهاية الكلمات

٤ – عيوب خاصة بتحركات اللسان فى أوضاع غير صحيحة يترتب عليها تخلخل فى نطق الحروف ، ومن أمثلة ذلك إخراج الطفل لسانه خارج أسنانه فيقلب بذلك حرف السين (تاء) .

٥ – عيوب تتصل بالضغط (Pressure) . إن بعض الحروف الهجائية كاللام والراء مثلا تحتاج إلى درجة معينة من الضغط يقوم بها اللسان على أعلى سقف الحلق ، فإذا لم تتوفر هذه الصفة ، كان نطق الحرف غريباً وغير مألوف ، ويمكن علاج المصاب بعسر الكلام وإن كان ذلك يستغرق وقتاً طويلاً ، ويتضمن العلاج ما يأتى[١] : –

(ا) تمرينات فى الاسترخاء البدنى ، تساعد المصاب على أن يتحكم فى حالته الانفعالية نتيجة لهدوء أعصابه .

(ب) تمرينات رياضية تتصل بتقوية عضلات الصدر والحلق والفم والوجه والفك واللسان والشفاة والرقبة والمعدة .

(ح) يلى ذلك تمرينات تتصل بمخارج الحروف على مستوياتها المختلفة ويحسن أن نمهد لهذه التمرينات الكلامية بتدريب أعضاء الجهاز الكلامى كاللسان

---

(١) كتاب الدكتور مصطفى فهمى عن « أمراض الكلام » ص ٢١١ .

والشفاه . ومثل هذه التمرينات تكسب تلك الأعضاء مرونة فى حركاتها المختلفة .

(د) تمرينات خاصة بالتنفس تشمل عملية الشهيق من الأنف مع قفل الفم وثبوت الأكتاف ، يتبع ذلك زفير من الفم ، على أن يكون ذلك ببطء وبصوت مسموع .

(ثانياً) إصابات المخ : إصابات المخ وينتج عنها اضطراب الكلام بحيث يندفع كالقنبلة explosive Speech أو يكون الكلام ذا لكنة ويشبه كلام السكير Scanning ، أو قد يضطرب الحديث فيضغط الشخص على المقاطع بدون أى داع Staccato وعادة يحدث كذلك تداخل كبير بين الحروف الساكنة والمتحركة ، وفى الغالب يستطيع من لديهم هذا النوع من الإصابات أن ينطقوا الكلمات الفردية ، إلا أنهم يجدون صعوبة كبيرة فى إخراج ونطق الكلام الطويل ، ويكون ذلك مصحوباً بتقلص مبالغ فيه فى عضلات الوجه .

(ثالثاً) الإصابات فى النخاع المستطيل : إن الأعصاب المتصلة بالنخاع تتحكم فى توجيه الأعصاب المستعملة فى الكلام مثل الأعصاب الخاصة بحركة اللسان والشفتين ومن الثابت أن أى إصابات فى هذه الأعصاب ينتج عنها صعوبة فى إخراج الكلام وكذلك عدم وضوحه . فإذا كانت الإصابات خطيرة فإن الكلام ربما لا يكون مفهوماً .

(ثانياً) اضطرابات الصوت

العوامل اللازمة لإخراج الصوت : يلزم لإخراج الصوت العوامل الآتية : —

١ — عضو الاهتزاز .

٢ — مصدر قوة يحرك عضو الاهتزاز .

٣ — وسيلة للإرسال تصل إلى جهاز الاستقبال .

٤ ــ مقياس لرنة الصوت كى يعضد الصوت الأصلى . ويصدر الصوت خلال حركة الزفير ، أى طرد النفس من الرئتين (وهذا هو مصدر القوة) ومروره تحت الضغط داخل القصبة الهوائية إلى الحنجرة ، وعند ما يصل إلى الحنجرة يدفع خلال الفتحات الضيقة الموجودة بين الحبال الصوتية أو شفتى الصوت (الهزاز) وعندئذ ينتج الصوت ، ويساعد على إخراج الصوت ، الحنجرة والفم والأنف والبلعوم وكلها ضرورية لذلك .

ويرجع أى اضطراب فى الصوت إلى وجود خلل فى طريقة دفع النفس أو فى الهزاز نفسه أو للإخفاق فى تكوين نغمة الصوت العادية .

مميزات الصوت العادى للكلام :

يجب أن يكون الصوت العادى مرتفعاً بدرجة كافية حسب المواقف المختلفة . ويجب أن يكون ذا عمق يتناسب مع سن وجنس المتكلم ، كما يجب أن يكون واضحاً ومتغيراً من حيث ضخامته وعمقه وتلحينه حتى يسهل سماعه وبناء على ذلك فإن أى انحرافات عن هذه المميزات تعتبر عيباً ونقصاً فى الكلام .

أنواع اضطرابات الصوت : Dysphonias

١ ــ الارتفاع غير الكافى : يعتبر الصوت غير مرتفع بدرجة كافية إذا لم يفهم بسهولة فى المحادثات العادية ، ويوصف حينئذ بأنه رفيع أو ضعيف .

٢ ــ انعدام التناسق : إن الأصوات المرتفعة جداً أو المنخفضة جداً بالنسبة لعمر وجنس المتكلم ، تعتبر غير متناسقة . والصوت المرتفع هو الأكثر شيوعاً ويعبر عنه بالصوت الحاد أو مضاعف الارتفاع .

٣ ــ عدم وضوح اللحن : وهذا النوع لا يحسن سماعه وذلك لعدم وضوح ألحانه ، ويعبر عنه بالصوت الأجش المبحوح .

٤ ــ انعدام التباين والاختلاف : إذ ينبغى حدوث اختلاف تباين فى عمق الصوت وارتفاعه ، كما يجب أن يكون متفقاً ومتناسقاً مع ما يتضمنه الكلام من

معان فكرية وعاطفية . فإذا لم يتوفر فى الكلام تلك الاعتبارات ، اعتبر مملا وداعياً للسأم .

٥ — التلحين غير المتناسق : وذلك باستخدام الأنف أكثر مما ينبغى أو بعدم استخدامها بالدرجة الكافية ، ويعبر عن ذلك بتلحين الكلام غير المتناسق .

والصوت الردىء يكون متصفاً بإحدى العيوب السابقة ، وغالباً ما يكون متصفاً بأكثر من واحد منها . وأسباب هذه الحالة تكون فى العادة عضوية ، ويمكن أن يكون سببها وظيفياً . على أننا سنتعرض فيما يلى للأسباب العضوية لاضطرابات الصوت .

الأسباب العضوية لاضطرابات الصوت :

١ — عيوب فى طبيعة الحبال الصوتية التى يجب أن يتوافر فيها ما يلى :

(ا) يجب أن تكون أطراف الاهتزاز الداخلية متوازية بعضها مع بعض .

(ب) يجب أن تكون الفتحات بين الحبال الصوتية أو فتحة المزمار — (glotis) ضيقة حتى لا تسمح بهروب النفس إلا تحت الضغط ، ولكن لا يصح أن تكون هذه الفتحات ضيقة جداً بحيث تعرقل الحركة السهلة لأطراف الاهتزاز للحبال الصوتية حينما يدفعها تيار النفس الآتى من الرئتين . وإن أى خلل يطرأ على حركة أطراف الاهتزاز للحبال الصوتية يمنع توافقها أو توازيها لا بد أن يسبب عيباً فى الكلام . وهذا الخلل يشمل ارتخاءها مما يقلل من الفتحة التى يمر النفس خلالها وكذلك تضخمها ، مما يعرقل حركة الاهتزاز .

أما أسباب هذه العيوب ، فهى إما أن تكون وراثية أو مكتسبة ، أو أن تكون باثولوجية ، وتشمل العيوب الأخيرة أمراض الشلل والزهرى والسل والأورام وكذلك الإصابات. وهذه الأخيرة قاصرة على الأطفال إذ أنهم يستنشقون الأشياء

التى لا يستطيعون بلعها ، وبذا يكون لديهم مواد غريبة فى حنجرتهم ، وينتج عن ذلك مضايقة هذه المواد للحبال الصوتية ، كما أن السعال الشديد ربما يسبب جروحاً ينتج عنها حصول عيب فى الكلام .

٢ ــ عدم كفاية النفس : ويجب توفر كمية النفس لكى يدفع الحبال الصوتية إلى الاهتزاز . وإن أى إخفاق فى توافر كمية النفس اللازمة لذلك ، يقلل من الضغط المطلوب لاهتزاز الحبال الصوتية التى تولد الصوت . وترجع أسباب عدم كفاية كمية النفس إلى أمراض الصدر ومنها السل الذى يعطل إحدى الرئتين أو جزءاً منهما . كذلك ترجع إلى قلة نشاط أعصاب الحجاب الحاجز نتيجة لحصول شلل فيه ، فضلا عن المضاعفات الصدرية مثل تضخم القلب الذى يمنع تمدد الرئة بالقدر الكافى . ويلاحظ أن أصوات المرضى المصابين بالعوارض السابقة تكون ضعيفة ورفيعة لا تكفى حتى لاحتياجات الحديث العادى .

٣ ــ عدم القدرة على التحكم فى أجهزة إخراج الصوت : وذلك عند ما تكون أجهزة إخراج الصوت غير مرتبطة بعضها ببعض ولا تستطيع أداء وظيفتها كما ينبغى وذلك لوجود اضطرابات فى الأعصاب الخاصة بها نورد بعضاً منها فيما يلى :

(ا) تصلب أجهزة الصوت وشللها نتيجة لاضطرابات فى أعصاب الحركة المركزية ، وينتج عن ذلك اقتراب الحبال الصوتية من بعضها بشكل لا يسمح للنفس أن يولد الاهتزاز المطلوب لحصول الكلام عند مروره بينها ، والنتيجة النهائية هى انعدام الصوت كلية (aphonia) ، ومن ناحية أخرى ، فإن حدوث اضطرابات فى أعصاب الحركة يؤدى إلى منع توافق الحبال الصوتية واقترابها بعضها من بعض بدرجة كافية لحصول الاهتزازات ، وتكون النتيجة هى انعدام الصوت أو خشونته أو بحته ، أو انخفاضه لدرجة يتعذر معها سماعه .

(ب) اهتزاز الصوت (choreatic) ويتميز الصوت بالاضطرابات وعدم التناسق نتيجة لاضطراب حركة التنفس للمريض ، حيث يلهث بسرعة

ويحدث ارتفاع مفاجىء فى عمق صوته . وهذه هى الأعراض التى تنبىء عن حصول تصلب فى الأعصاب يؤثر بدوره على أعصاب التنفس . وحينما تصل هذه الاضطرابات إلى مقدمة الحنك ، يستعمل الأنف على فترات متقطعة خلال الكلام . وكل هذه الاضطرابات تولد تغييرات مفاجئة فى علو الصوت أو فى عمقه وضخامته .

(ح) التهابات المخ : وينتج عنها صوت ينبئ عن انعدام التوافق بين الأعصاب . ففى الكلام العادى ، يستخدم التنفس للمساعدة فى إخراج الكلام ، ولا يكون ذلك ممكناً إلا إذا استطاع الشخص أن يوفق بين حركات أعصابه حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة . والشخص الذى لديه التهابات مخية يكون عاجزاً عن تحقيق هذا التوافق بين حركات أعصابه ، ومن ثم تكون عملية التنفس هى الرئيسية والمسيطرة بالنسبة للكلام لا المساعدة على إخراجه ، وبالتالى لا يتسنى النطق بوضوح وسهولة ، ويكون الصوت أنفياً ناخعاً ومرتجاً . ويتميز هذا الصوت بتغير مدى عمقه ، فحينما يبدأ الشخص فى الكلام يكون صوته عادياً ، إلا أنه يضعف بعد ذلك وينخفض خلال استمراره فى الكلام لتلاشى كمية النفس وتضاؤلها .

(د) قلاقل الشلل الناشئة عن الاضطرابات فى مجموعة المراكز العصبية فى داخل المخ والتى تسمى (الجسم المخطط) corpus striatum ربما تتسبب فى تصلب الحبال الصوتية ويكون الصوت عالياً أجش ومملا .

(هـ) اضطرابات الغدد : وهى تؤثر على الصوت نتيجة لتأثيرها على الأعصاب .

٤ — عدم القدرة على تلحين الصوت : إن كلا من الفم والأنف والحنجرة والبلعوم هى التى تقوم بخلق نغمات الصوت ، فدى ارتفاع الصوت وكيفيته ينتجان تبعاً لحجم التجويف ولطبيعة جدرانه . على أن الأنف والحنجرة لا يتغير حجمهما ولا شكلهما بسهولة . أما حجم البلعوم فإنه قابل لتغير كبير نتيجة لمفعول اللسان

والحنك ، وكذلك بسبب ما يطرأ من تغيرات على الأعصاب التى تكون بجدرانه . أما من ناحية الفم ، فإنه قابل لأكبر قدر من التغيرات التى تطرأ على نغمات الصوت وتلحينه بسبب مفعول الشفتين واللسان والحنك والفك الأسفل .

وتنتج عيوب تلحين الصوت وتنغيمه من الاضطرابات فى النمو الجسمانى أو فى اضطرابات تأدية الوظيفة الخاصة بالتجويفات العادية . ومن بين اضطرابات النمو الجسمانى ، النمو غير العادى للتجاويف الذى يحصل فى اللوزتين والجيوب الأنفية وغيرها من الزوائد التى تعوق التجاويف عن تغيير شكلها حسب ظروف الحال لإخراج اللحن والنغم الصوتى المطلوب .

وتأثير هذه الزوائد عموماً هو أنها تقلل من فتحات التجاويف أو تغلقها كلية ، ويحصل ذلك فى الأنف أو الحنجرة مثلا ، ومن ثم لا تستطيع التجاويف المذكورة تحسين الصوت وتشكيل ألحانه وأنغامه ، وبناء على ذلك فإن صوت الشخص الذى لديه جيوب أنفية يكون مملا وعلى وتيرة واحدة ينقصه اللحن والنغم فضلا عن انعدام النطق الصحيح للحروف الساكنة .

وانحرافات عظمة الأنف أيضاً تسبب اضطراباً فى تلحين الكلام وتنغيمه ويكون ذلك مشابهاً لما يحصل فى حالة وجود الزوائد ، وتتضاعف آثار انحرافات عظمة الأنف عند الإصابة بالبرد أو الزكام .

وهناك عوامل أخرى تتسبب فى استعمال الأنف عند الكلام أو عدم استعمالها كلية فيصبح تلحين الكلام ونغماته غير مضبوطين كالمألوف ، ومنها الالتهابات التى تحصل للأعضاء المحيطة بالأنف والحلق ، وكذلك حصول أورام فى الحنجرة أو البلعوم وأيضاً حصول التشققات فى الشفة العليا . كل هذه الأسباب تؤثر على طريقة الكلام وتتسبب إما فى استعمال الأنف خلال الكلام أكثر مما ينبغى ، أو عدم استعماله كلية ، وفى كلا الحالتين يتأثر تلحين الكلام ونغمه .

ثالثاً — احتباس الكلام

ال (ديسفاسيا) : (dysphasia)

« احتباس الكلام » — أو الديسفاسيا حالة يصعب فيها على المريض تفهم أو استعمال اللغة المكتوبة أو المنطوقة وهى ليست بمرض بالمعنى العادى ، لكنها من الأمراض المعقدة ومتعلقة بخلل فسيولوجى فى أجهزة المخ — والاضطراب فى نطق الكلام ليس إلا عارضاً واحداً من أعراض الديسفاسيا : أما الأعراض الأخرى فإنها تشمل التغييرات التى تطرأ على تصرفات الشخص العاطفية والفكرية وكذلك على التكوين العام لشخصيته . ويجب وضع هذه العوارض كلها موضع الاعتبار لتفهم طبيعة عاهة المصاب بالديسفاسيا .

أسباب المرض :

اعتقد الباحثون الأول أن سبب المرض هو خلل فى منطقة منعزلة من المخ . وفى سنة ١٨٦٤ أثبت بروكا Broca أن الإصابات فى القطاع الأيسر للمخ ، تؤثر على قدرة النطق لدى من يستعملون يدهم اليمنى وأن إصابات القطاع الأيمن لم تؤثر عليهم مطلقاً .

وقد أعقب « بروكا » غيره من الباحثين الذين أثبتوا أن الإصابات فى القطاعات المنعزلة من المخ ، تنتج مختلف الاضطرابات الخاصة بالديسفاسيا ، إلا أن الباحثين الذين تلوهم خالفوا هذه النظرية بالرغم من أنهم قرروا أن قطاع المخ المضاد لليد المسيطرة ، هو الذى يتحكم فى توجيه الكلام . أما « هيد » فإنه يعتقد أن القدرة على الكلام نتيجة فسيولوجية لنشاط أجزاء خاصة من المخ ، فإذا ما طرأ عليها خلل من أى نوع ، تكون النتيجة اضطراب فى القدرة على الكلام بوجه عام . وتختلف أسباب الاضطرابات فى قطاعات المخ التى ينتج عنها

الديسفاسيا فهى تشمل الأورام والتروما أى الجروح وانسداد الأوردة والنزيف أو انسداد الأوعية الدموية المؤدية إلى المخ . ويرتبط بالديسفاسيا أمراض المخ التى تؤدى إلى ركوده مثل التصلبات المضاعفة لدى الكبار وكذلك ، مرض الصرع وغيره من الأمراض العصبية .

شخصية المصاب بالديسفاسيا :

عند دراسة المصاب بالديسفاسيا يجب تذكر أن الاضطراب فى كلامه ليس نتيجة للاضطرابات العصبية فقط ، فالواقع أن كلامه المضطرب هو انعكاس لشخصية جديدة ظهرت نتيجة للظروف والحوادث التى مرت بالمريض قبل حدوث المرض فضلا عن أنها أيضاً نتيجة لأسباب المرض نفسها ، وتبدو هذه الاضطرابات بوضوح فى محيط المعنويات ، ويلاحظ نقص كبير عند التعبير عن الأشياء المعنوية أو عن العموميات أو عند وضع فكرة نظامية ، ويتجه المصابون بهذا المرض نحو عالم خاص بهم ، عالم مجسم ومحدود ، لا عالم معنوى ، فضلا عن أنهم مصابون باضطرابات عاطفية وغالباً ما يتهيجون ويثارون بسرعة ، وفى الحالة الأخيرة فإن المرض لا يعوقهم عن الكلام رغم أن الكلام ما يزال غير واضح وغير مفهوم . وعلى العموم توحى كل الظواهر أن تفكير المريض وكلامه وتصرفاته الظاهرة هى انعكاس لشخصية جديدة مختلفة عن شخصيته قبل أن يصاب بالمرض . وأن هذه الشخصية الجديدة مرتبطة ومتصلة بأسباب المرض .

التحصيل اللغوى لمرضى الديسفاسيا :

إن هذا المرض يعنى اضطراباً فى الرمز عند تكوين ونطق الكلام ، ومن ثم فإن المريض يصبح غير قادر على أن يتحدث أو يفهم بسرعة اللغة الكلامية المنطوقة أو المكتوبة بسبب وجود اضطرابات فى الأجهزة الخاصة بهما . وعليه يوجد لدى المرضى بالديسفاسيا عائق كبير فى استعمالاتهم للغة بما فى ذلك

القراءة والكتابة والكلام وتفهم اللغة . ويصعب تقدير مدى خطورة هذا العائق إلا إذا توصل الأخصائى المعالج لمعرفة كفاءة المريض الكلامية قبل حدوث المرض له . فمثلا من كان لديه محصول لغوى كبير يسمح له باستعمال مترادفات الألفاظ للتعبير عن فكرة أو معنى واحد ، ثم أصابه المرض قد لا يعتبر أن عائقاً قد اعتراه حيث إنه ما زال قادراً أن يعبر بوضوح عن أفكاره ، والعكس صحيح فيما يختص بشخص كان لديه محصول لغوى ضئيل كان بالقدر الكافى ليعبر عن أفكاره ثم اعتراه المرض ، فإن العائق اللغوى فى هذه الحالة يكون جلياً وواضحاً . وفى حالة الإصابة بالمرض فى دور الطفولة يكون من المستحيل تقدير مدى خطورة العائق اللغوى لانعدام أساس المقارنة ، وكل ما يمكن عمله فى هذه الحالة الفحص العقلى لتبين مدى احتمال التقدم اللغوى وتكون النتيجة مع ذلك تقديرية جداً ، حيث إن معظم الاختبارات العقلية تعتمد أساساً على اللغة التى طرأ عليها اضطراب كبير فى حالة المصاب بالديسفاسيا .

وطبيعة الاضطرابات التى تطرأ على المصابين بالديسفاسيا لا تتوقف فقط على مكان إصابة المخ أو مدى الإصابة أو خطورتها بل إنها تتوقف أيضاً على تجارب المريض وعاداته وذكائه وثقافته التى تبدو من معنى كلامه وطبيعته ، غير أن مميزات الكلام تختلف من شخص لآخر ، ولذلك يوجد أنواع كثيرة للظواهر التى يعكسها المرض ، وعليه فإنه من الصعب تقسيمها إلى أنواع واضحة ومحددة . على أن استعمال اللغة نفسها يوضح مدى العائق أكثر من غيره من العوامل ، ومن ثم فقد قسم[1] Weisenberg & McBride مرض الديسفاسيا إلى أنواع رئيسية أربعة .

النوع الذى يصعب معه التعبير :

ويصعب فيه على المريض أن يعبر عن أفكاره كلاماً أو كتابة فضلا عن

---

(١) Weisenberg, T., & K.E. McBride.: Aphasia (Commonwealth Fund. N.Y. 1935).

وجود أخطاء فى النطق وفى تكوين الجمل أو تشكيلها، ويغلب التعثّر والشك عند الكلام ، مما ينتج عنه الخطأ فى استعمال الكلمات وفى إعرابها . وينطبق ذلك على نطق الأسماء والأشياء .

عدم القدرة على تفهم الكلام المسموع أو قراءة رموزه المكتوبة :

فى هذا النوع من المرض يصعب على المريض فهم الكلام الذى يلقى على مسامعه ، كما يصعب عليه قراءة رموزه المكتوبة ، ومدى صعوبة تفهم الكلام المسموع أو المكتوب تختلف من مريض لآخر فقد تكون الصعوبة خفيفة لدى أحد المرضى وذلك عند تفهم الكلام المسموع وعند مريض آخر تكون النسبة فى تفهم الكلام المسموع مساوية للصعوبة التى يجدها فى قراءة المكتوب وبالرغم من أن العوائق الموجودة لدى المرضى بهذا النوع من الديسفاسيا قد تعوق نطقه وتعبيره لكن ذلك لا يعنى أنه سيسرع فى كلامه أو يتعثّر فى نطقه بنفس النسبة التى تعترى النوع الأول ، أى الذين يصعب عليهم التعبير . على أن أخطر عيوب التعبير الملاحظة على المصابين بعدم القدرة على تفهم الكلام المسموع أو قراءة رموزه المكتوبة هى تلعثمهم عند النطق وأخطاؤهم الخاصة بالإعراب والقواعد اللغوية . ويحتمل أن يخطئوا فى ترتيب نطقهم أو كتابتهم للكلمات .

عدم القدرة على التعبير وعلى تفهم الكلام المسموع :

وهذا هو أخطر الأنواع الأربعة حيث يصعب التعبير اللغوى وكذلك تفهم الكلام الذى يقوله شخص آخر . وهذا النوع عند علاجه قد ينقلب إلى القدرة على التعبير دون تفهم الكلام أو إلى تفهم الكلام المسموع دون القدرة على التعبير على أن هنالك حالات تظل الناحيتان بدون تحسن يذكر ، ويصعب عندها تقرير أى الناحيتين قابلة للتحسن وللعلاج . على أن من خصائص هذا النوع العائق الخاص بفقر المحصول اللغوى لدى المريض فيحتمل أن يقتصر التعبير

الكلامى على بضع كلمات يقوم المريض بنطقها بصعوبة وبطريقة خاطئة ، على أنه عند الاستثارة العاطفية يمكن للمريض النطق بشيء من الطلاقة والسهولة كأن يسب شخصاً ما أو يطلب من آخر أن يبعد عنه ويكف عن معاكسته . ونوع آخر من الكلام يسهل على المريض من هذا النوع نطقه هو ما تعود عليه وعلى نطقه بطريقة آلية مثل قراءة الأعداد بصوت مسموع أو الحروف الأبجدية .

نسيان أو عدم تذكر بعض الألفاظ :

والصعوبة الكبرى التى يلاقيها المرضى بهذا النوع من الديسفاسيا هى عدم قدرتهم على تذكر أسماء الأشياء أو المواقف أو الصفات أو العلاقات . . إلخ . على أن المريض فى هذه الحالة يستعين بسهولة ببعض الألفاظ والتعبيرات الشائعة والعامية كما يمكنه أن يلقى الكلام العاطفى منمقاً وبسهولة . ومعنى هذا أن الكلام الذى يصعب نطقه ، محدد المعنى والمبنى لمناسبة أو مناسبات معينة . أما غير ذلك من الكلام فلا يطرأ عليه خلل أو اضطراب . ويلاحظ أن الكلام المنطوق يخرج سليما وخالياً من الأخطاء اللغوية أو قواعدها ولا يظهر فيه أثر للتلعثم ، كما أن النطق يكون جيداً بالمقارنة إلى الأنواع الأخرى .

والمرضى من هذا النوع يتفوقون على المصابين بعدم القدرة على تفهم الكلام المسموع حيث إن النوع الأول يستطيع أن يتبين اللفظ الصحيح عند سماعه من شخص آخر أو عند ما ينطقه هو بنفسه أى أن مرضى هذا النوع يستطيعون فهم الكلام المسموع والمكتوب بسهولة وبشكل مُرضى ، ومع ذلك فإن بعض المرضى ممن أصيبوا بنسيان بعض الألفاظ ، يجدون صعوبة فى تكرار نطق بعض الكلمات التى يسمعونها ويفهمونها أو فى كتابة رموز بعض الكلمات التى يستطيعون قراءتها .

رابعاً – التمتمة

الأعراض الظاهرة لها :

التمتمة بمعناها العام عبارة عن تعبير صوتى غير منتظم (Arhythmic) وأعراضه الشائعة تشمل انعدام القدرة على نطق بعض الحروف أو تكرارها سواء كان ذلك بشكل إرادى أو لا إرادى . ويبدو على التمتام أن لسانه قد انعقد عن الكلام ، فيجد صعوبة فى نطق بعض الحروف مثل ب ، د ، ت أو بعض حروف أخرى مزدوجة ، وأحياناً ينعقد اللسان عند نطق بعض أو كل أصوات الكلام . ومع ذلك يستطيع معظم التمتامين أن ينتجوا واحداً أو أكثر من أنواع الأصوات أو ازدواجاتها بدون أن يظهر عليهم أى أثر لصعوبة إخراجها . وغالباً ما يصحب هذا الثقل فى النطق بعض التشنج العصبى فى الأعصاب الخاصة بالنطق ، ونادراً ما يشمل هذا التشنج أعصاباً غير متعلقة بالكلام ، إلا أنها أصبحت كذلك بحكم العادة ، مثل تحركات الأطراف أو الرأس أو الجسم عموما وزيادة على الأعراض السابقة فإن التمتامين لديهم ظاهرة فسيولوجية جديرة بالاهتمام حيث إنهم يشذون عن المعتاد فى تنفسهم عند الكلام . فنى الكلام العادى تكون نسبة الشهيق إلى الزفير ١ : ٥ ، أما النسبة عند من يتمتم فهى حوالى ١ : ٢ والكلام العادى يحصل عند عمل الزفير . أما عند معظم التمتامين فقد أتضح انهم ينتهون من الزفير أولا ثم يحاولون الكلام خلال الشهيق . ومن ثم فإن كمية كبيرة من الجهود تبذل قبل بدء الكلام وعليه يحصل النطق قسراً بعد فترة قصيرة .

التكوين الكيميائى لدم التمتامين :

ظهرت حقائق جديرة بالاهتمام من الدراسات الخاصة بقلب ونبض التمتام — فكان معدل النبض عند من يتمتم يرتفع إلى ١٢٩ نبضة فى الدقيقة بينما المعدل

العادى هو ٧٢ نبضة فى الدقيقة فقط ، وكانت نسبة الفوسفات غير العضوى والسكر زائدة فى دمه أيضاً عن المعتاد . أما البوتاس والبروتينات فكانت نسبتها أقل من المعتاد ، وكذلك الكالسيوم كان زائداً فى مجموعه [١] .

والظاهرة الكيماوية الهامة فى دم التمتام لم تكن خاصة بكمية الوحدات الموجودة به ، بل كانت خاصة بنسبة كل مجموعة من هذه الجزئيات إلى غيرها ، فمثلا ، فى كمية من دم شخص عادى تقل نسبة الفوسفات غير العضوى كلما زادت كمية الكالسيوم فيه ، أما فى حالة الشخص الذى يتمتم فقد اتضح أن نسبة الفوسفات غير العضوى تزيد كلما زادت كمية الكالسيوم . وكما قرر وست وكنيدى[٢] وكار فانه « يبدو من هذه النتائج أنه هناك عوامل خاصة فى دم من يتمتم تجعله مختلفاً عن دم السليم ، وأن التكوين الفسيولوجى لهؤلاء المرضى (إن أمكن وصفهم كذلك) مختلف عن المتكلمين العاديين » .

حركات العضلات عند التمتامين :

اتضح من مختلف الدراسات أن التمتامين أبطأ حركة وأقل قدرة على تكرار بعض الحركات . وقد كانت الدراسات المذكورة تدور حول ملاحظة القدرة فى التحكم وضبط حركات عضلات الحاجب والفك . وكانت النتائج أن التمتامين عموماً أضعف من الأشخاص العاديين فى قدرتهم على التحكم فى الحركات الإرادية لأعصاب الحاجب أو اللسان أو الفك أو الشفة حتى ولو لم تكن هذه العضلات مستعملة فى الكلام .

قدرة التمتامين على الحركة :

ظهر من مختلف الأبحاث التى أجريت فى إنجلترا وأمريكا أن التمتامين

---

(١) Kopp, G.A., "Metabolic Studies of Stutterers," Speech Monogs, (1934), 117-132.

(٢) West, R., L. Kennedy, & A. Carr.: The Rehabilitation of Speech. (Harper, N.Y., 1937).

أضعف من العاديين فى قدرتهم على الحركة التى تشمل العدو والقفز والتوازن والصعود . وهذا هو المتوقع على هدى التجارب المختلفة التى أجريت على حركة التمتامين ودراسة حالتهم العصبية .

المميزات النفسية للمتمتمين :

عند الكلام على شخصية من لديهم عيب فى الكلام ذكرنا عدة خصال سلبية تميز التمتامين الكبار عن أمثالهم من الصغار . ومن هذه الخصال التلهف الزائد ، الحساسية والحسرة المبالغ فيها ، الخوف ، الانقباض . ولكن هذه الدراسة لم توضح إذا كانت هذه الخصال سبباً فى التمتمة أو نتيجة لها . كلنا يعلم أن الأشخاص العاديين يتمتمون نادراً حينما يكونون خائفين أو انتابتهم حسرة أو ألم ، كما أن التمتمة وما يصحبها من عوامل منظورة ومسموعة ، ربما تؤدى بالشخص إلى أن يكون متلهفاً ، وغير متأكداً من نفسه فى المواقف المتعلقة بحياته الاجتماعية والدراسية أو المهنية . ومن الطبيعى أن تكون هذه الحالة أكثر شيوعاً بين الكبار منها بين الصغار حيث إن الصغار لا يقدرون أثر كلامهم فى الأشخاص الآخرين المحيطين بهم . ولا شك فى أن جزءاً من عدم تكيف التمتامين مع بيئتهم يرجع إلى شعورهم بمشكلتهم .

والسن التى غالباً ما تحصل فيها التمتمة فى الكلام هى سن الحادية عشرة على أن بعض الأطفال يبدءون التمتمة فى سن الخامسة أو السادسة وبعضهم الآخر لا تظهر عليهم أعراضها إلا عند بلوغ سن المراهقة . وعلى وجه العموم فإن عدد الطلبة الذين يتمتمون يقل كلما تقدموا فى دراساتهم ، هذا إلى جانب أن التمتمة غير مقصورة على سن الطفولة : فغالباً ما تحصل قبل انتهاء سن المراهقة . أما من ناحية الذكاء ، فقد لوحظ أن التمتامين ذوو ذكاء عادى بل إنهم يفوقون غيرهم ممن لديهم عيوب أخرى فى الكلام .

أنواع التمتمة :

ذكر فروسشلز [١] نوعين أو مرحلتين مميزتين لحصول التمتمة ، تتميز المرحلة الأولى منها بتكرار الصوت ، وهذا النوع يحصل للأطفال فى المرحلة الأولى من تعلمهم الكلام ، ويحدث كذلك للكبار عند الألم أو عند ما يعجزون عن تذكر الكلام الصحيح ، ولكن يلاحظ أن تكرار صوت الكلام لا يكون مصحوباً بأى تشنجات عصبية أو أى معرفة أو دراية شخصية عن حالة الكلام نفسه ، وهذا يعرف « بالتمتمة البدائية » ، ويمكن اعتبارها مرحلة طبيعية من مراحل تطور الكلام . أما فى المرحلة الثانية للتمتمة ، فيحصل التشنج فى بعض العضلات وتكون هذه هى ظاهرته الكبرى ، ويحصل ذلك على شكل تصلب فى العضلات يكون أولا قاصراً على العضو الخاص بالنطق ثم يمتد إلى مجموعات العضلات الأخرى ويصحب محاولات الكلام . وفى هذه المرحلة يدرك الشخص طبيعة كلامه نتيجة لأثره على السامعين ، وتعرف هذه المرحلة الثانية « بالتمتمة المتطورة » وذلك مما يزيد فى اضطراب كلام صاحبها ويولد لديه الحسرة والألم واللهفة الاجتماعية وقد ينتج عن كل هذا حالة عصاب (Psychoneurosis) .

والتمتمة هى انعكاس للحرص والاستمرار : يعتبر إيسنسون [٢] التمتمة أنها انعكاس لنوع خاص من الشخصية التى تبدو التمتمة بالنسبة لها عادية تحت ظروف خاصة . والحرص والاستمرار ، هما ظاهرة التجاوب مع مختلف الدوافع والظروف حينما يكون السبب الجسمانى لمثل هذا التجاوب غير موجود . وبعبارة أخرى هما ظاهرة استمرار وجود الأسباب الأصلية لهذا التجاوب بشكل مستقل ، وبناء على ذلك تحدث مقاومة لأى تغيير ، ومقاومة لحصول أى تجاوب لأى دافع أو عوامل جديدة . ومن التجارب التى أجراها ايسنسون اتضح أن التمتامين

---

(١) Froeschels, E.: Psychological Elements in Speech. (Expression Co., Boston, 1932), 132-7.

(٢) Eisenson, J.: The Psychology of Speech. (Crofts, N.Y., 1938), 168-72.

كمجموعة يتأثرون بالعوامل التى كانت موجودة فى وقت ما ، ولكنها غير موجودة عند حصول التجاوب ، وذلك بدرجة أكبر من الأشخاص الذين يتكلمون بشكل عادى ، فإخراج أصوات الكلام هو نتيجة لتحريك مجموعة من الأعصاب ، لكن حينما تستمر الحركة بطريقة استقلالية منفصلة ، تكون النتيجة هى تكرار الصوت الأصلى ، فإذا ما كان ذلك عند الشهيق فإنه يحصل انعقاد فى نطق أصوات أخرى .

العلاقة بين اضطراب الكلام وعوامل أخرى

الذكاء واضطراب الكلام :

بالرغم من احتمال اضطرابات الكلام عند الناس ذوى مستويات الذكاء المختلفة ، إلا أن الظاهرة الأكثر حدوثاً هى وجود اضطرابات الكلام عند من لديهم اضطراب عقلى . وقد أكد كارل هذه النتيجة بعد بحث ١١٧٤ حالة من أطفال المدارس ، كما أثبت كينيدى فى بحث آخر صحة هذه النظرية . واتضح ذلك أيضاً من بحث قام به والين على ٢٧٧٤ حالة من تلاميذ المدارس الأولية والثانوية — وفى المستوى الدراسى العالى ، قام ترافيس ودافيز [١] ببحث أظهر أن بين ٥٤٦ طالبة من المبتدئين فى الدراسة الجامعية ، كان مستوى الذكاء ، بين الطلبة الذين يتمتعون بالقدرة على الكلام بشكل طبيعى ، أعلى من هؤلاء الذين لديهم خلل فى كلامهم .

أما ستنكفيلد [٢] فقد أظهر من دراسة الجامعيين المبتدئين أنه لم يكن هناك أى فرق فى مستوى الذكاء بين الطلبة ، الذين يتمتمون والطلبة العاديين .

نستنتج من هذا ، أن انخفاض مستوى الذكاء بين من لديهم اضطراب

---

(١) Travis, L.E. & M.G. Davis: The Relation Between Faulty Speech & Lack of Certain Musical Talents." Psy. Monogs. XXXVI 168 (1926) 71-81.

(٢) Stinchfield, S.: Speech Pathology (Expression Co., Boston, 1938).

فى كلامهم ، لا ينطبق على من يتمتمون . ولقد بينت مختلف الدراسات أن مستوى هذه الطائفة عادى إن لم يكن يفوقه . وأكدت هذه النظرية الأبحاث التى قام بها ماكدويل[1] Mc Dowell باستعمال مقياس الذكاء الخاص ببينيه وسيمون ، وكذلك بحث وست وتريفيس وكامب[2] الذى أجروه على ٤٠٥٩ من التمتامين — ويبدو أن ذكاء التمتامين فى المستوى الجامعى أعلى منه فى غيرهم وقد كان مستوى الذكاء الخاص بـ ٨٧ منهم ١١٦,٥ وذلك حسب البحث الذى قام به ستير [3] — وكذلك فى بحث آخر قام به جونسون [4] كان مستوى ذكائهم بين ١٠٥ — ١٣٦ ، ومن ثم يمكن القول أنه بالرغم من أن مستوى ذكاء من لديهم خلل فى كلامهم أقل من غيرهم إلا أن مستوى الذكاء بين التمتامين يعادل إن لم يزد على مستوى ذكاء العاديين .

ورغم شيوع اضطرابات الكلام بين ضعاف العقول إلا أن ضعف العقل لا يكون عادة سبباً مباشراً لحصول الكلام المعيب . حقيقة أن النتيجة المباشرة لضعف العقل هى عدم الاستعمال الصحيح للغة ، ولكن ذلك لا يعنى اضطراب الكلام. إن محصول الألفاظ اللغوية لضعيف العقل قليل، ويرجع ذلك إلى أن لديه مجموعة ضئيلة من الأفكار لدرجة أن المعتوه أو الأبله لا يتكلم مطلقاً بسبب انعدام الأفكار عنده ، وبالتالى يتولد لديه شعور بالنقص يبدو منعكساً فى اضطراب كلامه عند ما ينمو ويستطيع الكلام . وهذه الاضطرابات هى نتيجة مباشرة للبله والعته ، وأما أسبابها فنفسية لا عضوية ، وإن اضطرابات الكلام

---

(١) Mc Dowell, E.D.: Educational and Emotional Adjustments of Stuttering Children T.C. Contribs to Ed., No. 314, T.C., Columbia univ., N.Y., 1928.

(٢) White House Conference on Child Health and Protection, Report of the Comittee on Special Classes, Special Education (Century, N.Y. 1931)

(٣) Steer, M.D.: The General Intelligence of College Stutterers. Sch. & Soc., XLIV (1936), 862-4.

(٤) Johnson, W.: "Influence of Stuttering on the Attitudes and Adaptations of the Stutterer". J. Soc. Psy., v. (1934), 415-20.

العضوية تكون ظاهرة متلازمة مع العته والبله حيث إن الشخص الذى يصاب بخلل قوى فى أحد أجهزة جسمه كارتجاج المخ نتيجة لحادث قد يصاب بالعته والبله وكذلك يصاب باضطراب الكلام بشكل متوازى، كما يحصل عند ما يصاب شخص فى أحد أجزاء مخه ويتسبب له نتيجة لذلك العمى والصمم .

واضطرابات الكلام هى ظاهرة متلازمة مع الأشخاص المصابين بخلل فى الغدد الصماء كضمور الغدة الدرقية أو ضعفها لدرجة تؤدى إلى « الكريتنزم » cretinism وهو نوع من الضعف العقلى .

التحصيل الدراسى واضطرابات الكلام :

أثبتت الأبحاث التى قام بها الأخصائيون الاجتماعيون والتربويون وغيرهم أن قدرة الطلبة الذين لديهم اضطراب فى الكلام على التفوق الدراسى أقل من قدرة زملائهم العاديين، كما أكدت هذه النتيجة الأبحاث التى قام بها كاريل وروت[١] الذى قرر أن الطلبة الذين لديهم اضطراب فى الكلام متخلفون عن زملائهم بستة أشهر . وكذلك ظهر فى بحث أجراه ستنكفيلد[٢] أن البنات اللائى يحتجن إلى علاج ومران لتصحيح كلامهن قد أخفقن فى واجباتهن الدراسية رغم المستوى العالى من الذكاء .

أما التمتامين ، فقد أظهرت الأبحاث أنه لافروق ملحوظة بينهم وبين زملائهم العاديين فى التحصيل ، إلا أنه فى المستوى الجامعى اتضح وجود نقص فى قدرتهم على القراءة .

العلاقة بين السن والكلام :

هناك علاقة وثيقة بين عمر الفرد ومستوى تطور كلامه . والمعروف أن أول

---

(١) Root, A.R.: "A Survey of Speech Defectives in the Public Elementary Schools". Element, Sch. J., XXVI. 531-41 (1926)

(٢) Stinchfield, Op. cit.

كلمة يستعملها الطفل تظهر فى الشهر التاسع تقريباً ، غير أنه قد يحدث أن يتأخر ذلك تبعاً للفروق الفردية بين الأطفال . وتكتمل لدى الطفل فى نهاية العام الأول مجموعة من ثلاث أو أربع مفردات ثم يأخذ العدد فى الزيادة التدريجية تبعاً لتقدم الزمن فيبلغ حوالى ٢٢ فى الشهر الثامن عشر و ٢٧٢ فى نهاية العام الثانى ، ثم يصل إلى ٨٩٦ فى آخر العام الثالث و ١٥٤٠ و ٢٥٦٢ فى العامين الرابع والسادس على التوالى [١] .

هذا هو المحصول اللغوى للطفل العادى فى سنى حياته الأولى وهو خاضع دون شك — لعوامل كثيرة من أهمها : إمكانيات الطفل العقلية ومدى استجابات حواسه المختلفة لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية ولمسية مضافاً إلى ذلك المستوى الثقافى للأسرة ، وكذلك الطريقة التى يعامل بها الطفل . أهى قائمة على أساس من العنف والحرمان والضغط وعدم إتاحة الفرصة التى تمكنه من اكتساب الخبرات أم قائمة على أساس التفاهم والتسامح والتشجيع ؟

وفيما يلى مجموعة من الأمثلة للحالات التى ترددت على العيادة النفسية الملحقة بمعهد التربية للمعلمين [٢] .

(ا) حالة طفل يبلغ من العمر أربع سنوات وستة شهور ويلاحظ فى كلامه إبدال وحذف وقلب للحروف ، كما أنه يحذف بعض كلمات كلية أو يستبدل بها كلمات أخرى ليس بينها وبين الواقع أى رابطة .

— رحت جنينة الحيوانات ؟

— أيوه

— شفت إيه هناك ؟

— إيه فيه بط تيل وزولوم (يقصد — هناك بط كثير والفيل أبو زلومه) .

---

(١) من مقال للدكتور مصطفى فهمى عن (تأخر الكلام عند الأطفال) فى مجلة علم النفس مجلد ٨ عدد ٣ — ١٩٥٣ .

(٢) مقال الدكتور مصطفى فهمى .

ومن حديث الطفل نفسه

« هلاص شيلى شنطه » (يقصد — خلاص عاوز أشترى شنطة)

و « طوبيهم قطل » (يقصد أن الخادمة أوقعت كتب أبيه على الأرض) .

(ب) حالة طفل يبلغ من العمر سبع سنوات ، عدد المفردات التى يستعملها ضئيل جداً وكان نطقه كالآتى :

ولد (لود) — سجاير (ظاله) طربوش (بوخ) سبع (سبيه) .

(ج) حالة طفل فى الخامسة من عمره يرد دائماً على الأسئلة بكلمة واحدة .

— عندك قلم رصاص ؟ أيوه

— فين قلمك ؟ بابا

— بابا شايل القلم فين ؟ جيبه

(د) حالة طفلة فى الثانية عشرة يرجع تأخرها إلى ضعف عقلى

— أنت فى مدرسة إيه ؟

— تواهيبه (تقصد الطفلة بذلك اسم ناظرة المدرسة وهى الست وهيبه) .

— أبوكى بيشتغل إيه ؟

— احه (تقصد بذلك أن والدها يشتغل فى وزارة الصحة) .

(هـ) طفل فى الثالثة لم يفهم كلامه سوى أمه

أحمد	(اسم أخيه)	— . . . . . ياحمه
سعاد	(« أخته)	— . . . . . آد
فايزه	(« «)	— . . . . . بزه
كاميليا	(« «)	— . . . . . ملته

العيوب الجسمانية والكلام :

توجد نسبة كبيرة من الاضطراب فى الكلام — كما سبق أن أوضحنا — بين ذوى العيوب الجسمانية وغالباً ما يكون سبب العيب الجسمانى هو السبب المباشر فى

اضطرابات الكلام ، فالعيب الجسمانى الغير عادى مثل انعقاد اللسان أو الشفة المشرومة أو الحنك المشقوق أو غيرها من تشوهات وعيوب الفم ، كلها يحتمل أن تسبب اضطرابات فى إخراج الكلام ، وكذلك العيوب فى الحنجرة والبلعوم غالباً ما تسبب عيوباً فى الصوت ، كما أن العمى والصمم والتشنج تكون مسئولة عن عيوب واضطرابات الصوت والنطق ، فضلا عن أن اضطرابات الغدد وخصوصاً الغدد الدرقية والنخامية تسبب أيضاً اضطراباً فى الصوت وفى الكلام ، وغالباً ما تكون الاضطرابات العصبية مثل التهاب المخ أو إصابته أو الأورام هى السبب المباشر فى اضطرابات الكلام حيث إنها تؤثر على أعضاء النطق والكلام (مثل الحبال الصوتية — اللسان — الشفتين — الحنجرة ... إلخ) وكذلك حالات الاضطرابات العصبية العنيفة كحالات الصرع تكون سبباً غير مباشر لاضطرابات الكلام .

كفاءة الحواس واضطرابات الكلام :

إن كفاءة حواس ذوى الاضطراب فى كلامهم أقل بكثير من أمثالهم من العاديين . ولقد أثبت ذلك كاريل[1] ببحث أجراه . كما أكدت هذه النتيجة أبحاث أخرى. وقد كان ذلك ملحوظاً بالذات فيما يختص بالتمتامين الذين ظهر أن مستوى كفاءة حواسهم أقل من مستوى غيرهم من التلاميذ الأصحاء والعاديين .

الشخصية واضطرابات الكلام :

عند دراسة شخصية من لديهم اضطراب فى كلامهم يجب أن نضع موضع الاعتبار العلاقة بين الأصابات الجسمية والشخصية . فالإصابة الجسمانية الخطيرة تستلزم أن يستخدم الشخص المصاب سبلا جديدة لكى يستطيع التكيف مع بيئته . وشخصية الفرد كما نذكر هى مجموعة تصرفاته واتجاهاته خلال تكيفه مع

---

(١) Carrell, J.A.,"A Comparative Study of Speech Defective Children." arch. Speech, I. (1936), 179-203.

بيئته . وبما أن الكلام هو عامل أساسى فى تكييف الشخص فإن أى اضطراب فى هذا العامل يستتبعه تغير فى شخصيته . ومن ثم فإن الكلام فى حالة الشخص المعيب جسمانياً ربما يعتبر جزءاً لا يتجزأ من شخصيته . فالعميان تتولد لديهم اضطرابات فى الكلام لأسباب غريبة متعلقة بطرقهم فى التكيف مع البيئة ، كما أن الإثارة المتعلقة بالشخص الذى لديه عيب فى غدته الدرقية ، وكذلك سرعة كلامه مرتبطان ارتباطاً وثيقاً مع الإصابات فى الغدد .

أما اضطراب الكلام عند الأشخاص الذين لا يظهر عليهم خلل جسمانى ، فقد أجريت عليهم عدة تجارب (فيما عدا التمتامين) ثبت منها وجوب إجراء علاج نفسى لتصحيح طريقة كلامهم . أما فيما يختص بالخصال المتعلقة بالشخصية فقد قامت ستنكفيلد [1] بعمل بحث فى سنة ١٩٢٦ لتبين هذه الخصال ، فقسمت الطلبة الذين أجرى البحث عليهم إلى ثلاث فئات :

الفئة الأولى ٣٣ طالباً يحتاجون إلى تصحيح كلامهم .
الفئة الثانية ٣٣ طالباً كانت طريقة كلامهم ممتازة .
الفئة الثالثة ٢٠٤ طالب كان كلامهم عادياً .

كما كتبت قائمة بالخصال التى كانت تريد التوصل إليها عن طريق بحثها وكانت هذه الخصال تختلف من الميل للنظام — الحذر — الرقة واللطف — إلى التحكم فى التصرفات العاطفية — الحساسية المتناهية . . . إلخ ولقد وجدت ستنكفيلد[1] أن الفئة التى تحتاج إلى التصحيح فى كلامها كانت تتجه نحو الخصال السابقة وذلك بمقارنتها بالفئة ذات طريقة الكلام الممتازة — كما أن البنات فى الفئة التى تحتاج إلى تصحيح كلامها كن أقل درجة من الفئتين الأخريين وذلك بالنسبة للأسئلة التى من النوع الآتى : — « هل يمكنك إيجاد صلة التعارف بالآخرين بسهولة ، هل تغلق فلك ، هل أنت هادئ ، هل تقنع بالقليل ، هل أنت غير أنانى — واقعى . . إلخ » وكذلك فى الخصال المتعلقة بالنظام كانت

(١) Op. cit.

الفئة التى تحتاج إلى تصحيح كلامها أقل فى المستوى من الفئتين الأخريين . وكانت البنات فى نفس الفئة أميل للعداء والثورة من أشخاص سائر الفئات . أما عن الخصال المتعلقة بشخصية التمتامين فقد ظهر بعد عدة أبحاث كثيرة أنه ليس هناك فرق يذكر فى خصال الشخصية بينهم وبين الأشخاص العاديين إلاأنه وجد فرق فى مجال الثقة بالنفس أو الحساسية والفرق كان فى صالح الأشخاص العاديين . وبدراسة مشاكل الشخصية الخاصة بالتمتامين فيما بين سن ٧ — ٤٢ ظهر أن هناك فروقاً سلبية بينهم وبين الأشخاص العاديين ، وكان ذلك بالنسبة للصحة الجسمانية ، الأثارة ، والعصبية، الخجل ، التلهف المهنى ، الشعور بالانقباض ، والشعور بالتكيف مع حياتهم بشكل مرضى . وكانت هذه الفروق أكبر بالنسبة للتمتامين الكبار منها بالنسبة للصغار .

كما قام بندر[١] بعمل بحث على (٢٤٩) من التمتامين و (٣٠٣) من غيرهم وكان متوسط أعمارهم ١٧ سنة . وقد ظهر من هذا البحث أن طائفة التمتامين كان لديها نسبة عالية وملحوظة من التهيج العصبى ، وكانت أكثر انطواء على نفسها ، وأقل سيطرة وأقل ثقة بالنفس وأقل اختلاطاً اجتماعياً من فئة غير التمتامين .

وخلاصة النتائج التى ظهرت من هذه الأبحاث المختلفة هى أن التمتامين الكبار غير متكيفين مع حياتهم بدرجة أكبر من التمتامين الصغار . أما بخصوص من لديهم اضطراب فى الكلام غير التمتامين ، فقد ظهر أنهم أقل تكيفاً فى حياتهم من الأشخاص العاديين ، على أنه ينبغى إجراء تجارب أخرى للتأكد من النتائج السابقة .

---

(١) Bender, J.F.: The Personality Structure of Stuttering. Pitman, N.Y., 1939.

المراجع

١ — « أمراض الكلام » للدكتور مصطفى فهمى مكتبة مصر ١٩٥١

٢ — « تأخر الكلام عند الأطفال » مقال للدكتور مصطفى فهمى — مجلة علم النفس ، مجلد ٨ عدد ٣ (١٩٥٣)

3. Root, A.R : *A Survey of Speech Defectives in the Public Elementary Schools*". Elem Sch J, XXVI, (1926), 531-41
4. Stinchfield, S : *Speech Pathology*" (Expression Co ,Boston, 1938)
5. Carrell, J.A., *A Comparative Study of Speech Defective Children*" Arch. Speech, I (1936), 179-203
6. Bender, J.F.: *The Personality Structure of Stuttering*" (Pitman, N Y) 1939.
7. Weisenberg, T., and K E McBride : *Aphasia*", (Commonwealth Fund), N Y, 1935
8. Kopp, G.A.: *Metabolic Studies of Stutterers*" Speech Monogs, 1:1 (1934), 117-32
9. West, R.L Kennedy, and A. Carr : *The Rehabilitation of Speech*" (Harper, N Y, 1937)
10 Froeschels, E : *Psychological Elements in Speech*" (Expression Co., Boston, 1932, 132-7)
11 Eisenson, J : *The Psychology of Speech*" (Crofts, N Y, 1938), 168-72
12 Travis, L.E, and M.G. Davis : *The Relation between Faulty Speech and Lack of Certain Musical Talents*", Psy Monogs, XXXVI, 168 (1926), 71-81
13 McDowell, E.D : *Educational and Emotional Adjustments of Stuttering children*" T.C Contribs, to Ed, No 314 Columbia Univ, 1928

14. White House Conference on Child Health and Protection, Report of the Committee on Special Classes, Special Education (Century, N.Y., 1931).

15. Steer, M.D.: *The General Intelligence of College Stutteres*". Sch. & Soc., XVIV. (1936), 862-4.

16. Johson, W.: *Influence of Stuttering on the Attitudes and Adaptations of the Stutterer*". J. Soc. Psy., V 1934, 415-20.

الباب الثالث

التوجيه المهني لذوي العاهات

الفصل الثاني عشر

الطرق السيكولوجية في تحليل المهن

تحليل احتياجات العمل

توجيه الفرد إلى عمل موفق يتطلب أن نضع موضع الاعتبار احتياجات المهنة من الناحية الجسمية كالطول (الذى يلزم لرجل البوليس) ، والوزن (الذى يلزم بالجوكى الخيل) ، وقوة الأيدى (التى تلزم النجار) ، وخفة الأصابع (التى تلزم الموسيقار) ، وكذلك الناحية الصحية وقوة التحمل والتعرض لمختلف الأجواء سواء أكان الجو بارداً أم رطبا أم حارا أم أمام النار إلى غير ذلك .

كما ينبغي أن نضع موضع الاعتبار ما تحتاج إليه المهنة من تدريب سابق للعامل ، وما تحتاج إليه من تعليم ومعلومات عامة وخبرات وقدرات ، وما تحتاج إليه من مسئوليات وغير ذلك .

ويتطلب كل ذلك تحليل المهن Job Analysis تفصيلا ، أى دراسة دقائق كل مهنة وظروف العمل بها والمؤهلات التى ينبغي توافرها فى العامل الممتاز بها ، والصفات الخلقية والمزاجية التى ينبغي أن يتصف بها وما إلى ذلك من صفات نفسية وبدنية . وقبل أن ننتقل إلى النواحى السيكولوجية ، نعرض نموذجا للمطالب البدنية وهو النموذج المستخدم فى قسم التشغيل بالولايات المتحدة U.S.E.S.
(United States Employment Service)

ونرى فى النموذج الآتى ٥١ صفة علاوة على ١١ صفة أخرى يستطيع المحلل أن يضيفها حسب المهنة التى يقوم بتحليلها . ويعطى لكل صفة درجة من ١٠٠ حسب تكرارها ولزومها فى أثناء العمل فى هذه المهنة . فإذا كانت المهنة هى

نموذج المطالب البدنية

اسم العمل ....

النشاط البدنى		أحوال العمل	أنواع المخاطر
(١) المشى	(١٧) القبض باليد	(٣١) بالداخل	(٤٧) مخاطر ميكانيكية
(٢) القفز	(١٨) المسك بالأصابع	(٣٢) بالخارج	(٤٨) مخاطر كهربائية
(٣) الجرى	(١٩) الإحساس (اللمس)	(٣٣) حار	(٤٩) أشياء متحركة
(٤) التسلق	(٢٠) التكلم	(٣٤) بارد	(٥٠) تصلب العضلات
(٥) الزحف	(٢١) الاستماع	(٣٥) تغيرات جوية	(٥١) أماكن مرتفعة
(٦) الوقوف	(٢٢) الإبصار	(٣٦) رطب	(٥٢) التعرض للحروق
(٧) الدوران	(٢٣) رؤية الألوان	(٣٧) جاف	(٥٣) التعرض للانفجارات
(٨) الانحناء	(٢٤) إدراك المسافة	(٣٨) مبتل	(٥٤) التعرض للإشعاع
(٩) الركوع	(٢٥) السرعة	(٣٩) مترب	(٥٥) التسمم
(١٠) الجلوس	(٢٦) . . .	(٤٠) ذو رائحة نفاذة	(٥٦) العمل مع الآخرين
(١١) الوصول (مد اليد)	(٢٧) . . .	(٤١) ضوضاء	(٥٧) العمل حول الآخرين
(١٢) الرفع	(٢٨) . . .	(٤٢) إضاءة كافية	(٥٨) العمل منفرداً
(١٣) الحمل	(٢٩) . . .	(٤٣) تهوية كافية	(٥٩) . . .
(١٤) الرمى (القذف)	(٣٠) . . .	(٤٤) اهتزاز	(٦٠) . . .
(١٥) الدفع		(٤٥) . . .	(٦١) . . .
(١٦) الجذب		(٤٦) . . .	(٦٢) . . .

تفاصيل النشاط البدنى ______________________

____

____

تفاصيل أحوال العمل ______________________

____

____

تفاصيل أنواع المخاطر ______________________

____

____

الصباغة مثلا ، وكان العامل يفحص اللون بين كل حين وآخر فإنه يعطى لهذه الصفة درجة ١٠٠ ، ومعناها أنها صفة هامة جداً لهذه المهنة لأنه يلزم تكرارها كثيراً جداً وهنا يأخذ « الزحف » صفرا ، على حين أن الزحف يحصل على درجة لا بأس بها فى حالة « ميكانيكى السيارات » الذى يزحف على الأرض تحت العربة كلما استدعى العمل ذلك .

الدراسة السيكولوجية فى تحليل المهن

علم النفس يخدم هذا الهدف ، هدف تحليل المهن بإدخال الأساليب المتبعة فى تحديد الصفات السيكولوجية اللازمة للمهنة ، ووصفها بطرق موضوعية محددة ، وذلك بدلا من اتباع الطريقة التقليدية فى وصف المهنة حيث كانت تقتصر على ذكر الأدوات التى تستخدم وطرق العمل وظروفه ، ويتبع ذلك ملحق مختصر بأنسب سن للعامل ، والجنس ، والصحة ، وبيانات أخرى قليلة وغير وافية . ولكن التوجيه المهنى يتطلب وصفا أوفى للقدرات والخبرات اللازمة للنجاح فى العمل .

وهذه الصفات اللازمة تتطلب وصفا وتحديدا دقيقا ، ومدى لزوم كل منها يحتاج إلى تحديد بالأرقام أو الرموز . فلا يكفى أن نقول إن هذه المهنة تحتاج من صاحبها إلى الانتباه ، بل ينبغى أن نذكر أى أنواع الانتباه . المركز أم الموزع ، ومدة الانتباه . . . . إلخ لذلك يعد كشف بالصفات ويعطى أمام كل صفة تقدير ا أو ب أو حـ أو د وتكون — ا — معناها أن الصفة تلزم بشدة للنجاح فى هذا العمل .

(ب) معناها أن الصفة تلزم للنجاح .

(حـ) » » » يحسن وجودها ولكنها غير أساسية

(د) » » » لا يهم إطلاقا وجودها .

نموذج الاستمارة

اسم العمل. . . . . رقم الاستمارة . . . . .

الصفة	المستوى المطلوب				الصفة	المستوى المطلوب			
	ا	ب	حـ	د		ا	ب	حـ	د
١) يعمل بسرعة لمدة طويلة					٢٦) العد الحسابى				
٢) قوة الأيدى					٢٧) الذكاء				
٣) قوة الأذرع					٢٨) القابلية للتغيير (المرونة)				
٤) قوة الظهر					٢٩) القدرة على اتخاذ قرارات				
٥) قوة الساقين					٣٠) القدرة على تصميم الخطط				
٦) خفة الأصابع					٣١) حرية التصرف				
٧) خفة الأيدى والأذرع					٣٢) تفهم الأجهزة الميكانيكية				
٨) خفة القدم والساق					٣٣) الانتباه إلى عدة أشياء				
٩) التنسيق بين العين واليد					٣٤) التعبير الشفهى				
١٠) التنسيق بين العين واليد والقدم					٣٥) المهارة فى التعبير الكتابى				
١١) التنسيق بين اليدين					٣٦) سعة الحيلة فى التعامل مع الآخرين				
١٢) تقدير حجم الأشياء					٣٧) قوة تذكر الأسماء والأشخاص				
١٣) تقدير كمية الأشياء					٣٨) المظهر الشخصى				
١٤) إدراك شكل الأشياء					٣٩) القدرة على التركيز				
١٥) تقدير سرعة الأشياء المتحركة					٤٠) الثبات العاطفى				
١٦) حدة الإبصار					٤١) العمل تحت ظروف المخاطر				
١٧) حدة السمع					٤٢) تقدير نوع الأشياء				
١٨) حاسة الشم					٤٣) العمل فى ظروف غير ملائمة بدنياً				
١٩) حاسة الذوق					٤٤) القدرة على التفرقة بين الألوان				
٢٠) التمييز باللمس					٤٥) القدرة على التعامل مع الجمهور				
٢١) التمييز العضلى					٤٦) الطول				
٢٢) وعى تفاصيل الأشياء (تذكر)					٤٧) الوزن				
٢٣) وعى تفاصيل الأفكار (تذكر)					٤٨) . . .				
٢٤) استيعاب التعليمات الشفهية «					٤٩) . . .				
٢٥) استيعاب التعليمات الكتابية					٥٠) . . .				

وفى النموذج السابق نجد كشفا به ٤٧ صفة علاوة على ثلاثة أماكن خالية لصفات أخرى ، قد يود الباحث إضافتها فى حالات خاصة (وهذا النموذج من نماذج .U.S.E.S ترجم للعربية لكى يستخدمه طلبة دراسات التأهيل .

سيكوجراف العمل

ومن ضمن الطرق السيكولوجية المستخدمة لعمل مثل هذا التحليل والتسجيل طريقة السيكوجراف ، وهو كالخريطة أو التمثيل بالرسم البيانى ، ويشتمل سيكوجراف فيتلز Viteles على ٣٢ صفة ومحدد معنى كل منها بدقة ليبين وظيفتها بالضبط فى النشاط المهنى .

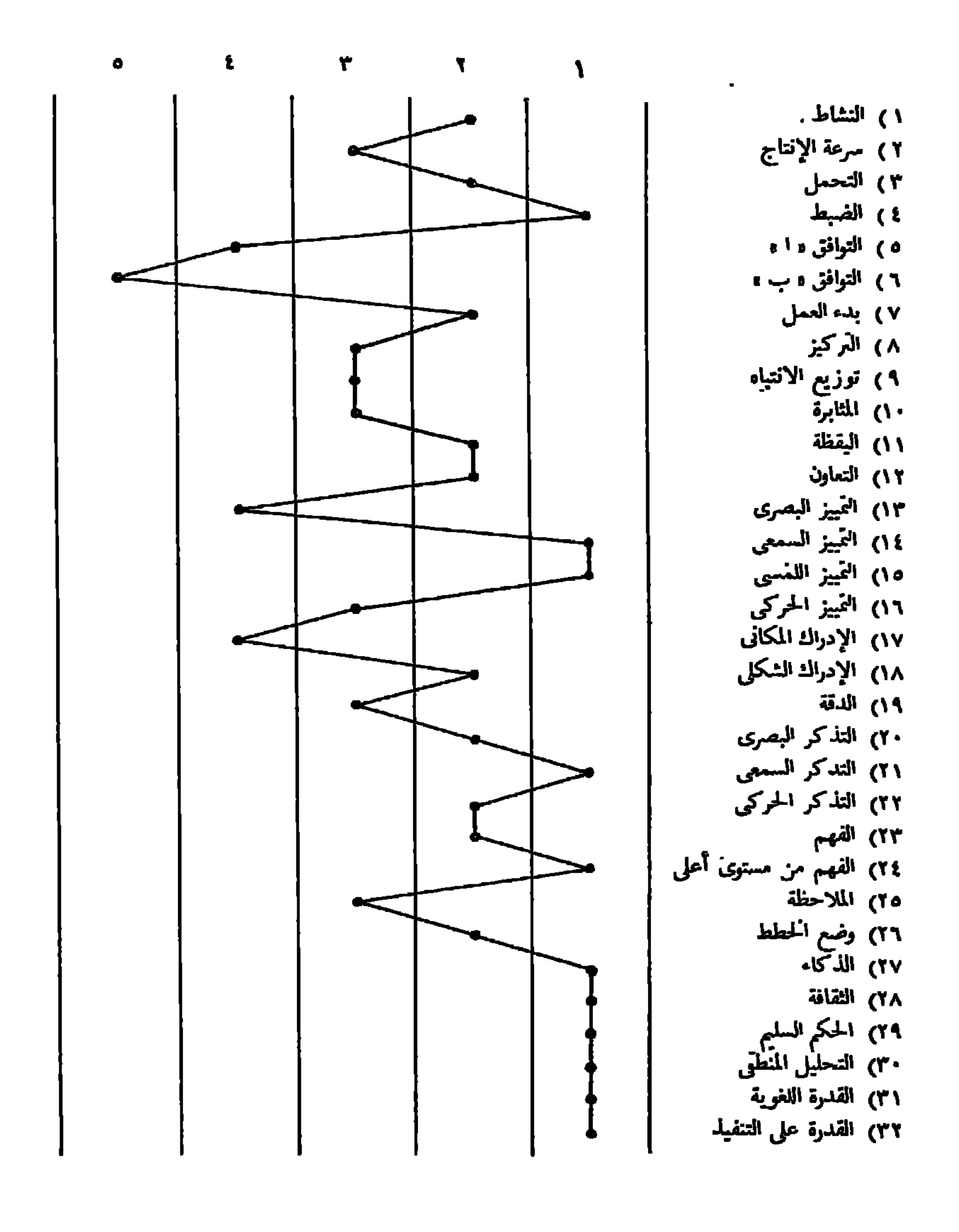
ويوضع لكل صفة درجة من خمسة (5 Point Scale) ويلاحظ أن المقياس المدرج إلى عدد فردى من الدرجات كهذا ، أفضل من المقسم إلى عدد زوجى (كالسابق) لأن الفردى يجعلنا نحدد النقطة المركزية ، فهنا الدرجة ٣ معناها أن الصفة تلزم بقدر متوسط ، ٤ معناها فوق المتوسط ، ٥ معناها تلزم بشدة ، ٢ معناها أقل من المتوسط ، ١ معناها أنها تكاد لا تلزم . هذه النقطة يعينها المحلل حسب تقديره الشخصى بعد فحص حالة العمل وملاحظته بدقة لفترات طويلة وبعد وضع نقطة أمام كل صفة فى المكان المناسب لها ، توصل النقط بخط بيانى فيبين للباحث فى أى لحظة يشاء وبمنتهى السرعة الصفات الهامة للنجاح فى هذه المهنة وتلك التى لا تهم .

وفيما يلى مثال لعملية «ملاحظة الماكينة وتشغيلها» (Power Machine Operator) وواضح من هذا الرسم [1] أن النجاح فى هذه المهنة يتطلب الامتياز فى بعض الصفات وهى التوافق العضلى البصرى والتمييز البصرى والإدراك المكانى (وهى

---

(١) Viteles M.S.: A Psychologist looks at Job evaluation. Personnel, 1941, 17, 3-14.

(٢) Guilford : Fields of Psychology : N.Y. 1952 p. 510.



١ ٢ ٣ ٤ ٥
١) النشاط .
٢) سرعة الإنتاج
٣) التحمل
٤) الضبط
٥) التوافق « ا »
٦) التوافق « ب »
٧) بدء العمل
٨) التركيز
٩) توزيع الانتباه
١٠) المثابرة
١١) اليقظة
١٢) التعاون
١٣) التمييز البصرى
١٤) التمييز السمعى
١٥) التمييز اللمسى
١٦) التمييز الحركى
١٧) الإدراك المكانى
١٨) الإدراك الشكلى
١٩) الدقة
٢٠) التذكر البصرى
٢١) التذكر السمعى
٢٢) التذكر الحركى
٢٣) الفهم
٢٤) الفهم من مستوى أعلى
٢٥) الملاحظة
٢٦) وضع الخطط
٢٧) الذكاء
٢٨) الثقافة
٢٩) الحكم السليم
٣٠) التحليل المنطقى
٣١) القدرة اللغوية
٣٢) القدرة على التنفيذ

التي حصلت على تقديرات ٤ ، ٥) وواضح أيضاً أن هناك مجموعة كبيرة من الصفات تكاد لا تلزم للنجاح فى هذه المهنة ومنها المجموعة الأخيرة : الذكاء والثقافة والحكم الدقيق والتحليل المنطق والقدرة اللغوية والتنفيذية .

ولإعداد مثل هذا السيكوجراف ، ينبغى أن تكون التسجيلات مبنية على ملاحظة دقيقة من أشخاص مدربين ، يضاف إلى ذلك أحكام العمال والمشرفين عليهم ، وكل من له اتصال وثيق بالعمل .

وإن تجمع مثل هذه الرسوم البيانية لمختلف المهن يجعل فى استطاعتنا أن نضع الأعمال التى تتشابه خطوطها البيانية فى مجموعة واحدة . أى نستطيع أن نعمل طوائف للمهن ، وكل طائفة تتشابه مفرداتها فى نمط القدرات والاحتياجات العقلية بالرغم من اختلاف مادة العمل وتفاصيل العمل .

ولهذا التجميع أهمية كبيرة خصوصاً إذا علمنا أن قاموس المهن المختلفة يتضمن ٢٢,٠٠٠ مهنة محددة ومعروفة بأكثر من ٤٠,٠٠٠ عنوان [١] . ويتضح إذن أنه من الصالح العام أن توضع هذه المهن فى مجموعات متقاربة من حيث الاستعدادات العقلية .

فنجد مثلا بالمجموعة الواحدة ٢٠ مهنة مختلفة فى أربع صناعات وجميع هذه المهن تحتاج إلى قوة ورشاقة وتوافق حسى عضلى كما أنها جميعاً لا تحتاج إلى تعليم مدرسى معين . ومثل هذه التجمعات لا تفيد فى التوجيه والتشغيل فحسب ، بل تفيد فى رسم البرامج المدرسية . وبذلك يعطى التدريب المدرسى بحيث يشمل عدة مجموعات متباينة ، وهكذا تفتح ميادين كثيرة أمام الطلبة .

وإن تجميع الأعمال فى طوائف Families كان له أكبر الفائدة فى تأهيل ذوى العاهات [٢] من مشوهى الحرب العالمية الثانية الذين اضطروا لترك خدمة الجيش ليعملوا فى الأعمال المدنية .

(١) Dictionary of Occupational Titles. Washington, D.C., 1949.

(٢) Special Aids for Placing Army Personnel in Civilian Jobs. Washington, D.C., 1943.

طريقة الاختبارات فى تحليل المهن

إن طريقة السيكوجراف لتحليل المهن تتضمن تقديرات ذاتية عند تحليل احتياجات المهن المختلفة ، والميزة فى هذه الطريقة هى سهولتها وقلة الوقت الذى تحتاج إليه ، وكذلك قلة التكاليف بالقياس إلى طريقة الاختبارات . هذه الطريقة الأخيرة تتميز بالموضوعية ولكنها تتطلب برامج بطيئة وتتكلف كثيرا .

إن إجراء الاختبارات السيكولوجية لتحديد احتياجات المهن ، طريقة علمية للتنبؤ بمدى النجاح فى المهنة . وقد بدأ هذه الطريقة لنك Link حيث حدد احتياجات كل مهنة بلغة الأرقام ، أى أنه عين مدى الدرجات التى ينبغى الحصول عليها فى كل اختبار قبل أن ينصح الفرد بالاتجاه نحو مهنة أو أخرى . فدرجات النجاح فى بعض الاختبارات تعتبر المؤهل للوظيفة أو الصناعة أو المهنة المعينة .

تصنيف الأعمال على حسب مستويات الذكاء

ومن الأمثلة التى توضح هذا الموضوع ، تصنيف الأعمال على حسب مستويات الذكاء ، وإن جزءاً من هذا التقسيم أعده سبارلنج وفراير Fryer & Sparling وهاك نموذج لذلك بالجدول الآتى :

جدول يبين الأعمال التى يمكن النجاح فيها بمستوى ذكاء معين

مستوى الذكاء	طبقة « ج » عمر عقلى ١٣ سنة إلى ٩ شهور ١٤ سنة متوسط العمر العقلى ٨ شهور ١٣ سنة		
استخدامه بصفة عامة .	فى الأعمال الروتينية أو الميكانيكية ، لا يصلح للأعمال التى تحتاج إلى تفاصيل معنوية معقدة .		
الدراسة	المرحلة الأولى أو أكثر قليلا .		
المهن التى يمكن النجاح فيها	عامل ماكينات — عامل تليفونات	مكنجى — ميكانيكى	بنـاء
	مراجع بالمخازن — عسكرى بوليس	جزار — حداد	عامل بمقهى
	عامل يقطع قطع الغيار	مطبعجى — نجار	مدرب خيل
	عامل صباغة — عامل غسيل ومكوة	كسارى — خباز	حلاق
	عامل طلمبات — عامل مداخن	طباخ — عامل بويات	جرسون
	عامل مواسير — سائق سيارات	عامل بويات	مساعد بالمحطة
	ترزى رجال — خياط سيدات	عامل بالدوكو	عامل بالمناجم
		فلاح — خراط	أمين مخزن

وأساس هذا التقسيم مجموعة من اختبارات الذكاء منها اختبار ألفا Alpha المشهور ، الذى طبق على ما يقرب من ٢ مليون شخص من ذوى المهن المختلفة .

وهناك دراسات أخرى عدة ، والطريقة العامة التى تتبع فيها عادة هى أخذ مدى العمر العقلى للطبقة التى تمثل ال ٥٠٪ التى فى الوسط ، أى يحذف الربع العلوى والربع السفلى ويتبقى النصف ، ويحسب متوسط العمر العقلى لهؤلاء على أنه يمثل العمر العقلى المطلوب (أو الأنسب) لهذه المهنة .

والجدول الآتى يبين الدرجة التى تقابل الأوسط والإرباعى الأول ، والإرباعى الثالث لمجموعة كبيرة من المهن ، كما أنه يبين عدد الأفراد فى كل مهنة الذين أمكن تطبيق الاختبار عليهم . ويلاحظ أن الجدول يبين درجات على اختبار معين ولا يبين نسب ذكاء ولهذا السبب فإن قيمته محدودة .

جدول يبين الدرجات فى اختبار معين طبق على طوائف من مهن مختلفـــة

المهنة	العدد	الإرباعى الأدنى	الأوسط	الإرباعى الأعلى
محاسب	٢١٦	١٢١	١٢٩	١٣٦
مدرس	٣٦٠	١١٧	١٢٤	١٣٢
محامى	١٦٤	١١٨	١٢٤	١٣٢
رئيس السكرتارية	٢٩٧	١١٤	١٢٢	١٣١
مختزل	٢٠٦	١١٥	١٢٢	١٣٠
رسام ميكانيكى	٩٩	١١١	١٢٠	١٢٨
مقرر	٧٩	١١٣	١٢٠	١٢٨
سكرتير آلة كاتبة	٦١٦	١١٠	١١٩	١٢٦
كاتب حسابات	١٦٨	١٠٧	١١٧	١٢٧
كاتب عمومى	٢٠٦٣	١٠٨	١١٧	١٢٥
عامل تليفونات وتلغرافات	٦٢	١٠٨	١١٥	١٢٠
نجار عمارات	٨٢	٩٧	١١٢	١٢٤
عسكرى بوليس	١٧٢	٩٦	١٠٩	١١٨
عامل صفائح معدنية	٤٦٢	٩٥	١٠٧	١١٧
ميكانيكى آلات	١٦٩٣	٨٩	١٠٢	١١٤
حداد	١٦٢	٨٨	١٠٢	١١٣
بنـــاء	٢١٣	٨٨	١٠٢	١١٤
سائق	٣٥٨	٨٧	١٠٠	١١٣
عامل بدهان بويات	٦٨٠	٨٣	٩٩	١١٣
ترزى	٧٤	٨٢	٩٧	١١٢
عامل زيوت	٦١	٨٥	٧٥	١١١
عامل يدوى	٧٨٠٥	٧٦	٩٣	١٠٨
حلاق	١٦٦	٧٩	٩٣	١٠٩
عامل مناجم	٥٠٢	٧٥	٨٧	١٠٣
عامل مزارع	٧٤٧٥	٧٠	٨٦	١٠٣
عامل عمومى	٢٣٦	٧٠	٨٥	١٠٠

حدود التصنيف على أساس الذكاء : —

وبالرغم من أهمية التقسيم إلى مجموعات من المهن إلا أن فائدته العملية محدودة بسبب اتساع مدى الذكاء فى كل مجموعة . فبالرغم من أن الجدول قبل الأخير يبين متوسط الدرجة التى حصل عليها ال ٥٠٪ الذين فى الوسط ، فإن هناك ٢٥٪ حصلوا على درجات أعلى من ذلك وتصل إلى مستوى عال جدا ، كما أن هناك ٢٥٪ حصلوا على درجات أقل من ذلك ، وتصل إلى مستوى منخفض جداً . وعلى ذلك فقد نجد من بين العمال غير المهرة من هو على قسط من الذكاء يعادل ذكاء شخص يعمل فى إحدى المهن العليا .

مثل هذه الحقائق تحدد كثيراً دلالة مستوى الذكاء فى التوجيه المهنى . يضاف إلى ذلك أن نسبة الأعمال التى نجد فيها ارتباطا وثيقا بين الذكاء وحده والنجاح فى المهنة نسبة ضئيلة . فمثلا وجد فى صناعة النسيج أن مدى العمر العقلى لمن يمثلون ال ٥٠٪ التى فى الوسط يتراوح بين ٣ شهر ١٠ سنة و ١٤ سنة . ولوحظ أن العمال الذين يقعون فى الربع العلوى لا ينتجون أحسن أو أسرع من الباقين .

وكثير من المهن الأخرى خصوصاً الأعمال نصف الفنية Semi-Skilled ينطبق عليها نفس الشيء . أما فى الأعمال الفنية والمهن العليا فإنه يبدو أن ارتباط مستوى الذكاء بالنجاح فى العمل ارتباط وثيق .

الحد الأدنى للعمر العقلى المطلوب فى المهن : —

بالرغم مما ذكرناه من ضعف العلاقة بين مستوى الذكاء العام والنجاح فى المهنة فإن هناك حداً أدنى من الذكاء يلزم لكل مهنة خصوصاً من المهن العليا ومن يشتغلون كمنفذين ورجال الإدارة . وقد تبين فى هذه المهن أن الدرجات

المنخفضة منعدمة انعداما تاما . ووجد أن ذلك ينطبق أيضاً وإلى حد ما على أنواع التجارة من المستوى الراقى .

وإذن يتبين أنه يلزمنا أن نعين الحد الأدنى للعمر العقلى اللازم لكل مهنة عن طريق القياس العقلى والمقارنة بين مستوى الذكاء والأداء كماً ونوعا .

دلالة الحد الأعلى للذكاء : —

تبين الأبحاث أيضاً أن كل عمل من الأعمال له حد أعلى يتطلبه من الذكاء بحيث لو كان ذكاء الفرد أعلى من هذا الحد فإنه يتمرد ولا يستطيع أن يكيف نفسه تكيفا ملائما . فقد تبين أن الشخص الذكى لا ينسجم فى العمل الروتينى أو العمل الذى ليست له مكانة محترمة فى الأوساط الصناعية أو الاجتماعية أو العمل الذى لا يعطى للفرد فرصا للترقى ، ولا يعطى فرصا لاستثارة الهمة أو استغلال ما لدى الفرد من إمكانيات مختلفة .

الخلاصـــة : —

نستطيع أن نلخص ما سبق فى أن :

١ — مستوى الذكاء له أهمية خاصة فى مستوى المهن العالية ، أو ما يقرب منهـــا .

٢ — وله دلالة أيضاً فى المستوى الفنى للتجارة Skilled trade .

٣ — وأن أهميته تأخذ فى النقصان سريعاً كلما اتجهنا نحو الأعمال نصف الفنية semi-skilled وتكاد تختفى بالنسبة للأعمال غير الفنية إلا فيما يختص بتعيين حد أدنى للذكاء اللازم للعمل غير الفنى .

٤ — وعلى العموم ، ففى جميع المستويات ، ينبغى أن يلحق بتقدير الذكاء تحليل دقيق ووصف لاستعدادات الفرد وقدراته ، والنواحى المزاجية والخلقية التى تميزه ، والتى يكون لها دخل كبير فى تحديد نجاح الشخص أو فشله .

القدرات اللازمة لكل عمل من الأعمال

يمكن أن تحدد القدرات اللازمة لكل عمل من الأعمال عن طريق الاختبارات Test techniques (يلاحظ أن هذه الطريقة — أى الاختبارات — لم تستخدم فى السيكوجراف) . وقد اتبع ترابيو[1] Trabue هذه الطريقة ليبين نمط القدرات اللازمة لكل مهنة . وقد استخدم لذلك طريقة الرسم البيانى . فأمام كل قدرة من القدرات يعطى رقماً ، وهذا الرقم يمثل متوسط الدرجات التى حصل عليها مجموعة من العمال متجانسة نسبيا ممن يعملون فى هذه المهنة المعينة . والاختبارات التى استخدمها ترابيو لهذا الغرض تتضمن مقياسا للتحصيل العلمى ، واختبارات فى الأعداد والحساب واللغة ، وأحد اختبارات القدرة اليدوية وأحد اختبارات الشخصية .

هذا البروفيل يميز كل مهنة من المهن ، فعندما تعطى هذه الاختبارات لفرد من الأفراد ، فإن الدرجات التى يحصل عليها تمثل بالرسم وتقارن النتيجة ببروفيل المهنة .

والحقيقة أن هذه الطريقة ليست بموضوعية تماما أو على درجة عالية من الدقة كما يزعم الكثيرون. فعملية المقارنة بين البروفيل ونتائج أى فرد، عملية يتدخل فيها الحكم الذاتى ، ومع ذلك نجد أن الكثيرين من المشتغلين بالتوجيه المهنى يؤكدون أهمية المقارنة أو المضاهاه هذه أكثر من اللازم . وينسون أن أى رقم موضوع فى البروفيل إنما يمثل المتوسط أى متوسط درجات موزعة توزيعا واسعا .

وعلى ذلك فالعيب الأساسى فى طريقة السيكوجراف وهو الحكم الذاتى ما يزال موجوداً هنا أيضاً . فنحن هنا معرضون لأحكام خاطئة ، وتبسيط أكثر

---

(١) M.R. Trabue : Graphic Representation of measured Characteristics of Successful Workers. Occupations, 1934, 12, 40-45.

من اللازم وتفسيرات قد تكون خاطئة من الملاحظين غير المتمرنين الذين لم يتعودوا الدقة فى أحكامهم . هذا علاوة على أن كثرة الاختبارات بهذه الطريقة تكلف وقتاً وأموالاً طائلة . وقد أمكن التغلب نوعاً ما على هذه المشكلة كما هو مبين بعد .

طريقة التحليل العاملى فى الاختبارات

أحد الأغراض الهامة لطريقة التحليل العاملى Factorial Analysis هو تصنيف الاختبارات وتجميعها فى مجموعات . ويمكن أن يؤخذ اختبار أو اختبارين لتمثيل كل مجموعة أو كل صنف ونخرج من المجموعة الكبيرة ببطارية battery تشتمل على عدد قليل من الاختبارات لقياس القدرات الأساسية التى تتضمنها المجموعة الكبيرة ولذلك ميزات كثيرة منها : —

١ — يقل الوقت اللازم لإجراء اختبارات ، ويقل الجهد وتقل النفقات .

٢ — نفس المجموعة من الاختبارات تصلح لكثير جداً من الأعمال بتغيير الأوزان weights التى تعطى لكل قدرة من القدرات . فالنجاح ن = ا س + ب ص + ج ع + ... على أن س ، ص ، ع قدرات مختلفة وا ، ب ، ج أوزان تختلف باختلاف المهن .

وفى إحدى الدراسات لقيم تحليل المهن والصناعات فى قسم التشغيل بالولايات المتحدة [١] أمكن تحديد القدرات الأساسية بعشرا منها :

الذكاء Intelligence (G) ، القدرة اللفظية Verbal Ability (V)

التصويب Aiming (A) ، القدرة على التصور البصرى المكانى* (S) Spatial Ability إلخ هذه القدرات العشرة أصبحت تقاس بخمسة عشر اختبارا

(١) Factor Analysis of Occupational aptitude tests". Edu. & Psy. Meas , 1945, 5, 147-155.

(*) هذا هو نفس العامل الذى اكتشفه الدكتور عبد العزيز القوصى عام ١٩٣٦ وأطلق عليه (K)

فقط (بعض القدرات يمثلها اختبار واحد أو اختباران) والمدة اللازمة لإجراء جميع هذه الاختبارات ٢¼ ساعة فقط ونتائجها تعطى فكرة عن مقدرة الشخص على العمل فى ٢٠ ميدانا من ميادين العمل .

وقد اقترح هل Hull [١] تعميم الفكرة وعمل بطارية شاملة لتغطية عدد أكبر من ميادين العمل وليكن ٤٠ أو ٥٠ ميدانا . وهذا الميدان ما يزال مفتوحاً متعطشاً للبحث وخاصة للمهن الموجودة فى البيئة المحلية .

الخلاصة

نخرج من ذلك بتلخيص سريع يبين لنا الاتجاه لوضع احتياجات المهن المختلفة فى معادلات واصطلاحات محددة . وإن كان من الواضح أنه ما يزال ينقصنا الشيء الكثير فى هذا الميدان وخاصة فيما يتعلق بالنواحى المزاجية والعلاقات العامة الاجتماعية وضرورة التفكير فى العمل كوحدة وفى الموقف الكلى للعمل total job pattern فى نفس الوقت الذى نقسم فيه المهنة تقسيما ذريا atomistic .

وبالرغم من هذه النقائص فإن هذا التحليل السيكولوجى ولا شك أفضل من التوجيه الذى كان يقوم به رجال المصانع فى أقسام التشغيل ، فقد كان هذا توجيها اجتهاديا لا يقوم على أسس علمية صحيحة .

---

(١) Hull, C.L.: Aptitude test batteries, Occupations, 1934, 12, 79-85.

المراجع

1. Viteles, M.S.: *"A Psychologist looks at job evaluation"*. Personnel, 1941, 17, 3-14.
2. Guilford : *Fields of Psychology"*. N.Y., 1952.
3. Dictionary of Occupational Titeles. Wash, D.C., 1949.
4. *"Special Aids for Placing Army Personnel in Civilian Jobs"*. Wash, D.C., 1943.
5. Trabue, M.R.: *"Graphic Representation of measured characteristics of Successful Workers."* Occupations, 1934, 12, 40-45.
6. *"Factor Analysis of Occupational Aptitude Tests"*. Educ. & Psy. Meas., 1945, 5, 147-155.
7. Hull, C.L.: *"Aptitude Test Batteries"*. Occupations, 1934, 12, 79-85.

الفصل الثالث عشر

تحليل الفرد

(ا) مبادئ عامة وتقييم الطرق المتبعة

دراسة إمكانيات العميل والربط بينها وبين احتياجات العمل

بعد تحليل العمل كما جاء فى الفصل السابق ، يهمنا أن نحلل العامل وندرسه دراسة وافية بحيث يسهل علينا أن نوفق فى الربط بين إمكانيات العامل واحتياجات العمل . وهذه الإمكانيات وتلك الاحتياجات بعضها جسمى وبعضها عقلى ، وغرضنا هو البحث عن النواحى الممتازة فى الفرد لنستغلها أحسن استغلال ممكن .

ونود هنا أن نذكر بعض المبادئ العامة التى ينبغى مراعاتها فى هذا الصدد ، كما سنذكر أيضاً ما ينبغى تجنبه حتى لا نسىء إلى العامل .

ما ينبغى عمله . — ١ — الاهتمام بالقدرات الموجبة
٢ — الاهتمام بفردية العميل
٣ — استخدام عبارات محددة

ما ينبغى تجنبه . — ١ — البحث عن نواحى الضعف والعجز
٢ — تقسيم العملاء إلى مجاميع
٣ — استخدام عبارات عامة

أولا : — الاهتمام بالقدرات الموجبة

الشىء الذى يجب أن يهتم به أخصائى التأهيل هو القدرات التى يمتلكها عميله ، وليست القدرات التى فقدها بسبب الإصابة . ولو أن الفرق

واضح بين القدرات ونواحى القصور أو العجز إلا أنه ليس من السهل فهمه ، وينجم عن ذلك أنواع كثيرة من السلوك قد تؤدى إلى الراحة والهناء أو البؤس والشقاء . ولكى نوضح المشكلة التى نحن بصددها الآن سنقارن بينها وبين مشكلة أخرى أكثر وضوحا .

تلك هى مشكلة التصوير والعمليات المختلفة التى تمر عليها الصورة قبل أن نراها أمامنا صورة . لقد كانت فيلما أو شريطا حساساً تعرض للضوء فتعهده المصور فى الحجرة المظلمة بالتحميض والطبع وعمل الرتوش والإصلاحات اللازمة . وأخيراً نجد أمامنا صورة نقيمها . وبناء على هذا التقييم نضعها فى المكان المناسب إما فى صدر الألبوم أو فى نهايته أو مع مجموعة الصور المماثلة . فهل يهتم أحد منا – إذا رأى عيباً فى الصورة – بالبحث فى هذا النقص وما تم إزاءه فى الحجرة المظلمة ما لم يكن هو مصوراً يفهم تفاصيل العملية وكمية الحامض ومده التعرض وبُعد عدسة المكبر عن الفيلم وهكذا ؟ الإجابة هنا واضحة ، وتبعاً لذلك يجب أن تكون الآن واضحة فى مشكلة التأهيل ، فأخصائى التأهيل يجد أمامه شخصاً مبتور الساق اصطدم بسيارة ، ثم توجه إلى المستشفى ومكث بها فترة من الزمن ، أجريت له فيها عمليات جراحية وأخذت له صور أشعة وفى النهاية خرج إلى الدنيا وجاء أمام أخصائى التأهيل ليوجهه وفى يده تقرير طبى عن حالته . التفاصيل التى تهم الأطباء لا تهمنا هنا فى شىء ، وإنما الشىء الذى يهمنا وهو الذى يجب أن تهتم به التقارير الطبية هو قدرات العميل ، أى ماذا تبقى عنده من إمكانيات لكى نستطيع أن نستغلها فى التوجيه ، أما الاكتفاء بذكر نواحى العجز فهذا لا يفيد أخصائى التأهيل فى شىء .

وعلى ذلك ينبغى أن يتخذ التقرير الطبى صوراً متعددة أو صورتين على الأقل ، إحداهما للطبيب نفسه ولغيره من الأطباء ، ويشتمل على تشخيص واف ، والمراحل المتعددة التى مرت عليها الحالة حتى وصلت إلى ما هى عليه الآن ، كل ذلك بلغة فنية خاصة بالأطباء ، أما التقرير الآخر الذى يتناوله

أفراد فريق التأهيل ، فيجب أن تبرز فيه الأعمال والحركات التي يستطيع العميل أن يؤديها بنجاح تام وبدون أى ضرر مثل الجرى الوثب ، القفز ، الانحناء ، الانبطاح ، الاضطجاع ، اللى ، الدفع ، الحمل ، الجلوس الطويل ، كثرة الوقف . . . . . . إلخ

هذه مهمة قد لا يسهل على الطبيب أداؤها ، ولكنه بحكم تخصصه يعتبر أنسب الموجودين فى فريق التأهيل لأداء هذه المهمة . وإنا نقدم هذه المشكلة للأطباء لدراسة وبحث الطرق والمعايير التى تستخدم لتقدير القدرات الجسمية بلغة العمل .

ثانيا : — الاهتمام بفردية العميل : —

كان من نتائج التفكير القديم فى المشكلة ، ذلك التفكير الذى كان ينظر إلى نواحى القصور أولاً بدلاً من بحث القدرات ، أن قُسِّم ذوى العاهات إلى مجموعات : — مجموعة العمى ، ومجموعة الصم ، ومجموعة المشلولين ، ومجموعة الكسيحين ومبتورى الذراع ومبتورى الساق وهكذا . . . وقسمت الأعمال تبعا لذلك فى جداول فهناك بعض الصناعات المخصصة لمبتورى الذراع الأيمن وأخرى مخصصة لمبتورى الذراع الأيسر وهكذا . . . . ولكن هذا التوزيع والعمل على أساسه أثبت فشله لأسباب كثيرة منها : —

١ — أن مبتورى الذراع الأيمن مثلا يختلفون فيما بينهم اختلافا كثيرا فى نواح متعددة سبق أن أشرنا إليها ، ثم إنهم يختلفون فيما بينهم فى العاهة نفسها فمن الجائز أن يكون الذراع مبتورا من تحت الكوع أو من فوق الكوع أو فى أى جزء من الذراع وهذا يظهر اختلافات بين أفراد هذه المجموعة كما أن البتر من فوق الكوع بجانب ذراع أيسر قوى وساقين متينتين يختلف عن حالة البتر فى نفس المكان ولكن فى صورة جسمية أو إطار مختلف . ومثل ذلك يقال عن أصحاب أى عاهة أخرى .

٢ ــ ما ذكرناه عن الجماعة الواحدة كجماعة مبتورى الذراع الأيمن ينطبق على العمل الواحد ، فمهنة « الترزية » ، مثلا لا يمكن اعتبارها عملا واحدا . فهناك ترزى بلدى ، وترزى أفرنجى ، ولو أخذنا الأخير كوحدة فهناك « ترزى للجاكتة » وآخر « للبنطلون » وثالث « للصديرى » . ولو أخذنا ترزى الجاكتة وحده ففيها اختصاصات كثيرة فهناك من يقص القماش « مقصدار » وهناك من يتخصص فى « البطانة » وثالث يقوم بتركيب « الزراير » ، وعمل « العراوى » ورابع فى « الخياطة » على الماكينة . . . . وهكذا . . . . ولو أخذنا خياط الماكينة وحده فهناك من يستطيع المثابرة على العمل ست ساعات متواصلة بدون ملل ، وهناك من لا يستطيع العمل عليها أكثر من ساعة ثم لا بد له أن يغير نوع العمل أو يأخذ قسطاً من الراحة .

أى أننا نجد أن المهنة الواحدة يمكن أن تتجزأ إلى وحدات كثيرة متنوعة تحتاج كل منها إلى قدرات جسمية (وقدرات عقلية أيضاً) مختلفة . هذا علاوة على النواحى المزاجية والميول التى لم نتعرض لها هنا ، فهناك من يفضل العمل فى ورشة كبيرة وآخر يفضل العمل فى محل صغير به عدد قليل من العمال وثالث يفضل أن يعمل منفردا وفى هدوء ، وهذا يحب أن يكون رئيساً للعمل ، وذلك يفضل ألا يتحمل أية مسئولية كانت ، وهذا يتعاون مع الجميع من أى سن وأى جنس وذلك يأبى إلا أن يتعامل مع رجال من سنه وهكذا . . . . ومن كل ذلك يتبين أهمية دراسة كل فرد على حدة .

ثالثاً : ــ استخدام العبارات المحددة : ــ

لكى يكون عملنا دقيقا ، ينبغى أن نستفيد من جميع أحكامنا ، فلو أننا درسنا الفرد ودرسنا وحدات العمل ولم نُخرج نتائج هذه الدراسة فى عبارات محددة ، فإننا لا نستفيد كثيراً بالمجهودات التى بذلت فى هذه الدراسة .

طرق التعبير قد تكون عامة وقد تكون خاصة . ومن أمثلة الأولى أن يوصف

الشخص أو يوصف العمل بصفات مثل طويل ، متوسط ، قصير .
أو ثقيل ، متوسط ، خفيف
أو لا شيء ، قليل ، متوسط ، كثير
أو لا يوجد ، أحيانا ، غالبا ، دائما

ويكون نتائج هذه التقريرات مثلا أن يوجه الشخص الذى يستطيع رفع أثقال خفيفة إلى العمل الذى يتطلب رفع أثقال خفيفة ، والنقد الذى يمكن أن يوجه إلى هذه الطريقة واضح ، فالأحكام شخصية محضة ، وما أراه خفيف الوزن قد تراه متوسطه . وما أراه على أنه قليل قد تراه على أنه كثير ، فالطبيب يقول عن أحد الأشخاص إنه يستطيع رفع أحمال خفيفة و « الطبيب الآخر يقول عن نفس الشخص أنه يستطيع أن يرفع أحمالا متوسطة ، وأخصائى الصناعات يقدر لإحدى الصناعات أنها تتطلب أحمالا ثقيلة وآخر يقدر لنفس الوحدة الصناعية أنها تتطلب أحمالا متوسطة .

هذه الأحكام الذاتية التى لا بد وأن تتضارب تجعلنا لا نستطيع أن نعتمد عليها ، وقد عملت بالفعل أبحاث لقياس مدى اتفاق مختلف الأشخاص فى أحكامهم على بعض الصناعات ، فوجد أن متوسط معامل الارتباط بين مختلف الأحكام منخفض إلى درجة تجعلنا نقول بأنه لم يكن هناك بينهم أى اتفاق يذكر . ونفس النتيجة يمكن تطبيقها على أحكام الأطباء حينما يستخدمون عبارات عامة .

وربما كان السبب فى ذلك أن الصفة الواحدة لها ثلاثة أبعاد أو أكثر ، فلو أخذنا حمل الأثقال مثلا فهذا يتضمن :

١ـ كمية الثقل .
٢ ـ المدة التى يمكن أن يحمل فيها هذا الثقل .
٣ ـ عدد المرات التى يمكن أن تتكرر فيها هذه العملية يوميا .

فكيف نستطيع إذن أن يكون حكمنا كاملا بكلمة « خفيف » أو « ثقيل » ؟

وكيف نستطيع أن نقارن بين شخصين يستطيع أحدهما أن يحمل ثقلا زنته ٢٠ كيلو جرام لمدة ربع ساعة ويحتاج لفترات راحة بين كل مرة والأخرى قدر كل منها ٣ دقائق، وأن يستمر فى هذه العملية طول مدة العمل (أى ٨ ساعات يوميا) . وشخص آخر يستطيع أن يحمل ثقلا زنته ٣٠ كيلوجرام لمدة ١٠ دقائق ويحتاج لفترات راحة بين كل مرة والأخرى قدر كل منها ٥ دقائق وأن يستمر فى هذه العملية نصف فترة العمل اليومى (أى ٤ ساعات يوميا) .

أنستطيع أن نقول إن الأول يستطيع رفع أحمال خفيفة وأن الثانى يستطيع رفع أحمال ثقيلة أم ماذا ؟

واضح أن أى حكم كان لا بد وأن يكون خاطئاً لأننا نصف على الأقل ٣ أشياء (أبعاد) بصفة واحدة . وعلى ذلك فإنه ينبغى استخدام التقديرات الموضوعية دون محاولة للتبويب أو التجميع تحت كلمات مبهمة غير محددة مثل كبير وصغير أو ثقيل وخفيف أو غير ذلك . وأن نطبق هذا المبدأ حين نصف الأعمال وحين نصف الأشخاص ، وبذلك يسهل الربط بينهما فالعمل الذى يحتاج إلى رفع أثقال زنتها كذا لمدة كذا عدداً من الفترات قدرها كذا — يوجه إلى هذا العمل الشخص الذى عنده هذه الصفات المحددة .

بعد ذلك ننتقل إلى بحث موضوع تحليل الفرد ، وسنبحث أولا فى الطرق المتبعة فعلا فى التوجيه ونقيمها ، ثم نقدم بعض الطرق والأساليب لتحسن أو لتحل محل تلك التى يتضح عدم لياقتها .

تقييم الطرق المتبعة فى تحليل الفرد

تقييم الاستمارة التى يقدمها العميل

وهى تلك الاستمارة التى تشتمل على بيانات خاصة بتاريخ حياة العميل . وعلى أساسها يأخذ الموجه فكرة مبدئية عن ميدان العمل الصالح. وعادة ينظر إلى الاستمارة كوحدة ، وعلى ذلك يحسن أن نفكر فى كل سؤال وقيمته بالنسبة للتوجيه وأن نلغى كل سؤال ليس له قيمة .

فمثلا من الأسئلة التى لها دلالتها (السن — وعدد سنوات الدراسة — وسنة التخرج — والأعمال السابقة . . . إلخ) .

وقد عملت عدة دراسات فى أثناء الحرب العالمية الثانية لبحث مثل هذه الاستمارات وتقدير أوزان الأسئلة المختلفة حتى تعطى نتائج يمكن الاعتماد عليها فى التوجيه. وبذلك قد تفيدنا الاستمارة — إذا أحسن اختيار أسئلتها — فائدة محدودة قبل بدء باقى خطوات التوجيه .

قيمة الصور الفوتغرافية

من الأمور الشائعة فى التوجيه (والاختيار المهنى) استخدام الصور فى الحكم على الذكاء والرجولة والخلق والشجاعة والاندماج الاجتماعى وغير ذلك من الصفات. والأبحاث المختلفة فى ذلك بيّنت بوضوح أن هذه الصور لا يمكن أن تعطى نتائج صحيحة بحيث يمكن الاعتماد عليها فى التوجيه .

ومن أمثلة نوع التجارب التى عملت فى هذه الناحية الآتى : — فى الاحتفال البرونزى لإحدى الجامعات ، جمعت صور لبعض الخريجين فى سنة التخرج ،

وصور أخرى لهم أنفسهم بعد مضى ٢٥ سنة . وعرضت الصور على خبراء فى مختلف المهن ، ولم يذكر لهم أن هناك صورتين للشخص الواحد (صورة بعد الأخرى بخمس وعشرين سنة) وحددت لهم الأسئلة على الوجه الآتى : —

١ — ما المهنة التى تظن أن هذا الشخص يعملها أو يليق لها من بين أربع مهن وهى الطب والمحاماة والهندسة والتدريس ؟

٢ — أتظن أن هذا الشخص ناجح أم غير ناجح ؟

وطلب من كل حكَم أن يقدّر النسبة المئوية لتأكده وأن يقرر الأساس فى حكمه مثلا (شكل الوجه — التقاطيع المختلفة — موضع العينين . . . . . إلخ)

وكررت نفس التجربة وكان الحكام فى هذه المرة ليسوا من الخبراء بل من الطلبة . وفى كلتا التجربتين كانت النتائج بخصوص النجاح وعدم النجاح قريبة من ٥٠٪ أحكام صحيحة و ٥٠٪ أحكام خاطئة ، ومعنى ذلك أننا وصلنا إلى نفس النتيجة التى نصل إليها لو استخدمنا قطعة نقود ورميناها فلو نزلت على الصورة يكون معناها نجاحا ولو نزلت على الكتابة كان معناها « الفشل » أى أنه ليس هناك أى أساس للأحكام .

وحينما سئل الحكام عن مدى ثقتهم فى أحكامهم ، ذكر الخبراء أن درجة ثقتهم ٥٥٪ أما الطلبة فكانت درجة ثقتهم ٣٥٪ وذلك رغم عدم الثقة فى كلتا الحالتين كما سبق أن بينا .

وأساس الحكم كان « تعبير الوجه » أو « التأثير العام » .

واضح من ذلك أن استخدام الصور للتوجيه المهنى ليس له أى قيمة تذكر . وينبغى أن تقتصر قيمة الصور المرفقة بالاستمارات على أمرين : — أولا : التحقق من شخصية المتقدم — ثانيا . الحكم المبدئى على المظهر .

الطرق التقليدية لتحليل الخلق

ذكرنا أن الصور الفوتوغرافية ثبت فشلها فى الحكم على الشخص ، وسنتحدث الآن عن طرق أخرى اتبعت فى الحكم على الشخص ، وسنبدأ بإحدى الطرق المتبعة فى تحليل الخلق وهى طريقة « الحكم من الكتابة » ، ثم نتحدث عن « المقابلة » .

الحكم من الكتابة :— Graphological system

الأصل فى هذه الطريقة هو اتخاذ الروابط بين النواحى الجسمية والنواحى النفسية Psychophysical كأساس للحكم وكان من أوائل العلماء الذين لجأوا إلى هذه الطريقة (ألفريد بينيه Binet) ثم تبعه كثيرون وحسبت معاملات الارتباط بين الصفة التى يوصف بها الخط وما كان يظن من الصفات الخلقية أو المزاجية أنه متصل أو مرتبط بها فكانت النتائج كالآتى : —

الصفة	أسلوب الكتابة	معامل الارتباط
الطموح	اتجاه الكتابة إلى أعلا	٠,٢٣
المثـابرة	اتساع الكتابة إلى أسفل	-٠,٠٥,٠٥
الأناقة الشخصية	الأناقة فى مظهر الخط	٠,٢٣
الفردية المتميزة	الفردية المتميزة فى مظهر الكتابة	٠,١٥

وهذه تبين بوضوح أن معاملات الارتباط كلها منخفضة إلى حد يبين عدم دلالتها . وفى بعض الأحيان نجد أن الارتباط سلبى أى ضد ما كان يتنبأ به أصحاب الفكرة .

ولكن الأشخاص الذين اتخذوا مهنتهم « الحكم من الكتابة » لم يقبلوا هذه النتائج بحجة أنه لم تراع فيها أصول تحليل الكتابة إذ اقتصر فيها على تكبير

للكتابة تحت الميكروسكوب ، والواجب أن يفحص نمط الكتابة بصفة عامة والارتباطات المختلفة فى هذا النمط أو ما يطلقون عليه « global pattern » . وقاموا هم بدراسات جاءت نتائجها مؤيدة لهم .

ومن هذه الدراسات ، أرسل إلى Saudek ٧٣ عينة كتابة مرسلة من ١٨ مصنعاً فحكم بأن ١٩ عينة كتابة ، أصحابها ليسوا أمناء ، و ٥٤ عينة الكتابة الباقية أصحابها أمناء .

وقد أيدت المصانع هذا التشخيص فى ١٤ حالة من ال ١٩ وجاء تشخيص ال ٥٤ حالة صحيحا وكثيرون آخرون حصلوا على نتائج مشابهة .

وعلى ذلك فإن علماء النفس حتى الآن ما زالوا غير مستقرين على رأى موحد إزاء موضوع الحكم على شخصية الفرد من كتابته ، والشىء الثابت هو أن الكتابة ليس لها قيمة تذكر للتنبؤ بنجاح شخص فى عمل ما .

تقييم المقابلة

المقابلة أو المناقشة من أكثر الطرق انتشارا واستخداما للتوجيه المهنى (والاختيار المهنى) ويعطى لها عادة وزن كبير ، وقد بينت الدراسات التجريبية أن المناقشة بالطريقة التى تُدار بها عادة تفشل فى الوصول إلى نتائج صالحة أو ثابتة فيما يختص بالاستعدادات والخصائص المزاجية والاتجاهات وغير ذلك من سمات الشخصية . وفى الدراسات التى تعدد فيها عدد المختبرين ، والتى قيم فيها كل مختبر على انفراد عدداً من الأشخاص ظهر أن الاختلافات كانت واسعة للغاية[١] .

ومن جهة أخرى بينت الدراسات أن التنبؤات التى تأتى نتيجة المقابلة والمناقشة لم تتفق مع الواقع ، ومع ذلك فإن المختبرين يختلفون فيما بينهم فبعضهم كانت تنبؤاته أدق من بعضهم الآخر .

---

(١) Oldfield : Psychology of the Interview.

العمل على تحسين المقابلة :ــ

إن أهم العوامل التى تقلل من قيمة المقابلة والمناقشة هو عدم تحديد الاصطلاحات المستخدمة ، واختلاف الظروف التى تجرى فيها المناقشات ، واختلاف تدريب وخبرات المختبرين . وإن آثار هذه الأخطاء يمكن أن تقلَّل إلى حد كبير بإجراء بعض التعديلات فى أساليب المناقشة .

ومن ذلك ما يأتى : ــ

١ ــ اختيار الصفات المطلوب مراعاتها فى أثناء المقابلة وتحديدها تحديداً دقيقاً .

٢ ــ التعبير عن الأحكام بطرق مقننة كأن يكون هناك مقياس مدرج .

فمن الممكن تقدير الصفات الخلقية والمزاجية على المقياس ، والوصول إلى نتائج مقاربة لتلك التى نحصل عليها من الاختبارات . وقد عملت بعض الدراسات لإيجاد معامل ثبات الأحكام الناتجة عن المقابلة ، فوُجد فى إحدى هذه الدراسات أن معامل الثبات ٠,٧١ وفى غيرها ٠,٨٨ كما وُجد أنه بعد تدريب بعض الأفراد على المناقشة وتقدير الأحكام على مقياس مدرج ، أن الاختلافات لم تكن فى أكثر من خُمس المقياس (اختلافات عن متوسط التقديرات كلها للصفة الواحدة) .

ومن الدراسات التى عملت وتثبت أهمية المقابلة إذا قام بها أفراد تدربوا على ذلك الفن ما يأتى : ــ فى إحدى الدراسات لمركز التدريب على الطيران بفلوريدا (The Aircraft Warning Training Center at Florida) قُبل بعض الطلبة على أساس الاختيار بعد المناقشة ، وقُبل بعضهم الآخر بدون أساس ، وتوبعت الحالات فكانت النتيجة أن نسبة من تخرجوا ٨٤٪ من بين من دخلوا باختبار شخصى و ٢٩٪ فقط من الباقين ، كما أن نسبة من تخرجوا بدرجات « ممتازة » « وجيد جداً » من بين المجموعة الأولى أكبر بكثير منها بين المجموعة الثانية كما يتضح من

الجدول الآتى :—

نتيجة الامتحان	النسبة المئوية للمجموعة التى اختبرت اختباراً شخصياً	النسبة المئوية للمجموعة التى لم تختبر
نجاح بمقبول	١٤	١٦
جيـد	٣١	٨
جيد جداً	٣٥	٦
ممتـاز	٤	٠
المجموع	٨٤ ٪	٢٩ ٪

ودراسة أخرى مماثلة حسب فيها نسبة العمال الذين فصلوا من المصنع ، فوُجد أن نسبة من فصلوا من بين الذين سبق اختبارهم تقل كثيراً عن غيرهم ممن لم يختبروا اختباراً شخصياً .

ولكنا نود أن نتساءل : هل فى حالة الأعداد الكبيرة يمكن أن نلجأ إلى المقابلة ، وهل الوقت والجهد الذى يبذل فى ذلك يتناسب مع النتائج التى نحصل عليها ؟ وهل من الممكن الحصول على نفس النتائج تقريباً عن طريق آخر ؟

عملت دراسات مقارنة فى ذلك الصدد تبين أن اختبارا تحريريا Paper & Pencil يمكن أن يوصلنا إلى نفس النتائج تقريباً دون بذل الوقت والمال اللازم للاختبار الشخصى .

وإذا كان لابد من الالتجاء إلى الاختبار الشخصى فى التوجيه المهنى فإن الميدان ما زال فى حاجة إلى الدراسة والبحث .

كلمة ختامية :—

واضح أن بعض الطرق التقليدية التى استعرضناها (الاستمارة والصور والكتابة والمقابلة) إذا أحسن استخدامها كان لها مكانٌ بين الطرق التى تستخدم فى التوجيه المهنى ، وواضح أن الحاجة ماسة إلى قياس الصفات اللازمة للتوجيه المهنى بطرق أكثر موضوعية وهذا هو موضوع الفصل التالى .

الفصل الرابع عشر

تحليل الفرد

(ب) — الاختبارات السيكولوجية المستخدمة فى التوجيه المهنى

الشروط الواجب توافرها فى الاختبارات

عندنا من الأدلة العلمية والعملية ما يبين بوضوح أن الاختبار السيكولوجى يعتبر أداة ممتازة لقياس الصفات اللازمة للتوجيه المهنى بطرق موضوعية . وهذا لا ينطبق بالطبع إلا على الاختبارات العلمية الصحيحة ، والتى يشترط فيها عدة شروط من أهمها : —

١ — أن يكون الاختبار صادقاً valid أى يقيس حقيقة الشىء الذى من أجله وضع الاختبار ولا يقيس شيئاً سواه . فإن كان الاختبار مثلا لقياس قدرة المرء على التفكير الحسابى ، فيجب أن تكون العمليات الحسابية فيه أبسط ما يمكن حتى لا تتدخل فى الموضوع وتعرقل السير فى الحل ، كما ينبغى أن تكون لغة المسائل سهلة بحيث لا تعوق الفهم وبحيث لا يكون الاختبار حينئذ امتحاناً فى اللغة .

ومعامل صحة الاختبار رقم يدلنا على مقدار نقاء الاختبار وخلوه من العوامل التى تفسد عليه قياس ما يدعى أنه يقيسه .

٢ — أن يكون الاختبار ثابتاً reliable أى أنه يعطى نفس النتائج تحت نفس الظروف فى جميع الأوقات . ومن الجائز أن يكون الاختبار ثابتاً ، ولكنه ليس صادقاً لأنه يقيس شيئاً مخالفاً لما يدعى قياسه ، ولكنه ثابت فى هذا الادعاء الخاطئ .

ويمكن العمل على زيادة معامل ثبات الاختبار بإزالة جميع العوامل المتغيرة

والتى تؤثر على النتيجة ، ومن أمثلة ذلك فرص التخمين فى الإجابة وعدم موضوعية الأسئلة وما إلى ذلك .

هذان الشرطان هما فى الواقع من أهم الشروط ويتضمنان فى الواقع شروطاً أخرى ، فصدق الاختبار (أو صحته أو صلاحيته) يتضمن ما يأتى :

(ا) أن يكون الاختبار شاملا comprehensive أى أنه يغطى الميدان أو المنهاج الذى يحاول قياسه ، ولا يكتفى بنماذج لا تعتبر عينة كافية لقياس المنهاج كله كما يحدث فى الامتحانات المدرسية العادية .

(ب) أن يكون الاختبار مميزاً Discriminative أى يميز بين القوى والضعيف . ولكننا نعلم أن أى امتحان عادى قد يميز بين القوى والضعيف . ولكن نقصد هنا أن يكون ميزاننا حساساً للغاية بحيث أنه يتأثر لأقل الفروق ، وبحيث يصبح كميزان تاجر المجوهرات وليس كميزان القصاب . إننا نريده كمقياس الأطوال الذى يستخدمه عالم الطبيعة فيتأثر بأجزاء المليمتر ، وليس كمقياس تاجر الأقمشة الذى لا يبالى بعدد من السنتيمترات زيادة أو نقصاً .

(حـ) أن يكون موضوعياً objective ، فلا يمكن أن تُفهم تعليماته أو أسئلته إلا بكيفية واحدة ، ولا يمكن أن يختلف اثنان فى طريقة إجرائه أو تصحيحه أو فيما عدا ذلك . فلو أننى أجريت الاختبار بنفسى أو أجراه شخص غيرى من المختصين فى الاختبارات فإننا لا بد سنعمل نفس الشىء ونصل إلى نفس النتيجة .

(د) وهذا الشىء الذى نصل إليه سوف نفسره بنفس الكيفية ، فالدرجة ٣٠ مثلا فى اختبار معين تعنى شيئاً محدداً له دلالة معينة . ومعنى ذلك أن يكون الاختبار مقنناً standardised ، فهناك مستويات مختلفة ، فمثلا الأطفال العاديين من سن ١٢ سنة يحصلون على درجة ٣٧ فى هذا الاختبار وسن ١٣ سنة يحصلون على ٤٣ درجة وهكذا . وعلى ذلك فالشخص الذى يحصل على ٤٠ درجة ، معناه أنه وصل إلى المستوى الذى يصل إليه شخص عادى

عمره ١٢,٥ سنة حسب المعايير أى الجداول المقننة . وهناك طرق مختلفة للتعبير عن المعايير لا داعى للتحدث فيها هنا ، إنما يكتفى بالإشارة إلى طريقة أخرى علاوة على السابقة ، وهى الطريقة المئوية Percentiles فدرجة معينة فى الاختبار تقابل المئوى السبعين مثلا وهذا معناه أن هذه الدرجة لا يفوقها إلا ٣٠٪ من الدرجات ولكنها تعادل أو تزيد عن ٧٠٪ من درجات باقى الأفراد الذين ينتمون إلى نفس المجموعة .

الاختبارات المستخدمة فى التوجيه المهنى

هذه الاختبارات تتضمن :

(ا) اختبارات الأداء
(ب) اختبارات الاستعدادات والقدرات
(حـ) اختبارات الميول
(د) اختبارات الاتجاهات
(هـ) اختبارات النواحى الخلقية والمزاجية

اختبارات الأداء

وهذه الاختبارات تستخدم لقياس ما اكتسبه الفرد من معلومات وما حصل عليه من خبرات ، وهى على ذلك تتضمن اختبارات تحصيلية Educational Achievement Tests أو اختبارات صناعية أو تجارية Trade Tests

والنوع الثانى من هذه الاختبارات له أهمية خاصة فى الاختيار المهنى

لأنه (ا) يظن مقدم الطلب أو يدعى أن له خبرة كافية فى أمر ما على حين تكون خبرته سطحية للغاية .

(ب) لا يمكن أن نعتبر أن الفترات التى سبق للشخص أن اشتغلها فى جهات أخرى كافية للحكم عليه أنه اكتسب خبرات كافية .

اختبارات الاستعدادات والقدرات

هناك اختبارات لقياس الاستعداد الفطرى العام (الذكاء) واختبارات أخرى لقياس القدرات الخاصة التى أمكن للشخص أن يكتسبها كالقدرة الميكانيكية أو القدرة اليدوية .

والغرض من هذه الاختبارات أنها تمكننا من أن نستطيع التنبؤ بقدرة الشخص على استغلال الفرص التى تهيأ أمامه للتعليم والتدريب واكتساب المهارات المختلفة . فلو وجهنا شخصاً إلى صناعة أو حرفة معينة فينبغى أن نكون متأكدين من أنه سيستطيع الإفادة من التدريب على هذه الصناعة بحيث يصبح عاملا ناجحاً إذن فوظيفة هذه الاختبارات الأساسية هى كما سبق أن ذكرنا التنبؤ Prediction .

الاختبارات الحسية والحركية :

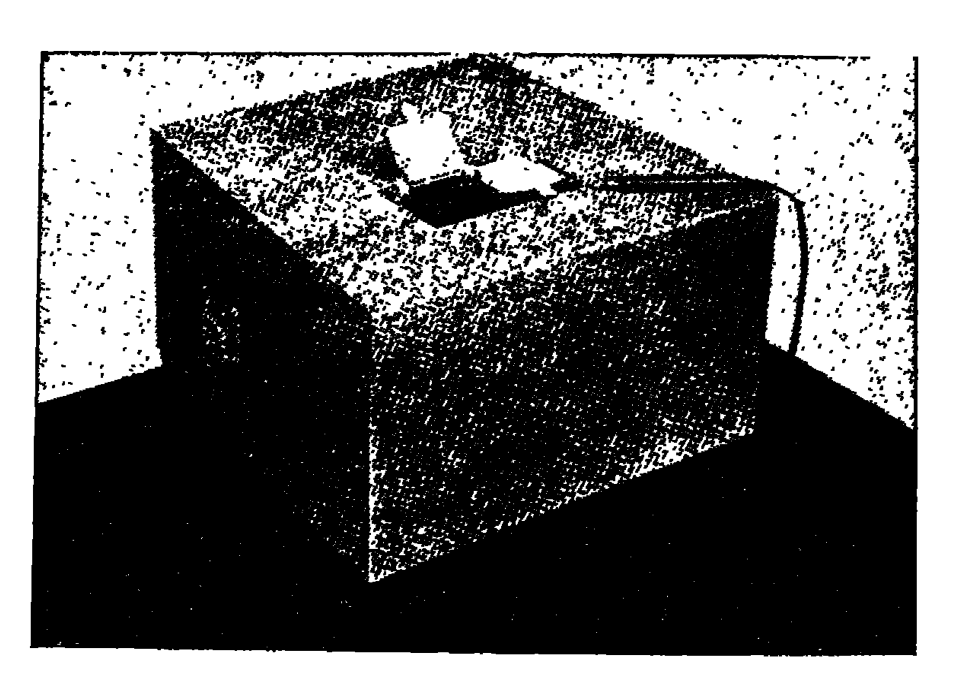
هناك اختبارات عدة لاختبار مقدرة الفرد فى النواحى الحسية والحركية ، ومن هذه : اختبار قوة تحمل الجسم — وسرعة الحركات واتزانها — سرعة التعب وهذه الاختبارات تتضمن عادة اختبارات للتصويب والتنقيط والنقر وسرعة رد الفعل واختبارات التوافق العضلى وما إليها . وإلى زمن قريب لم تكن هناك اختبارات كثيرة مقننة من هذا النوع بحيث يمكن الاعتماد على نتائجها . وقد بدأت حديثاً حركة علمية لتقنين مثل هذه الاختبارات ، وعلى رأس هذه

الحركة الأستاذ بوناردل Prof. Bonardell ومن أمثلة هذه الاختبارات *

اختبار التصويب : Aiming Test

ويرمز لهذا الاختبار بالرمز (P.T.) وهو من وضع الأستاذ لاهى Lahy . وهذا الاختبار يقيس القدرة على دقة التوافقات البسيطة ، والقدرة على أداء العمل الروتيني تحت ضغط ظروف معينة . وفى الجهاز — كما هو موضح — نجد قلماً معدنياً يمسك به الفرد ويضعه فى ثقوب تظهر تباعاً فى الشباك الذى نراه بالسطح العلوى وبداخله أسطوانة متحركة، وتزداد سرعة الاسطوانة تدريجياً كما تزداد الثقوب التى ينبغى للفرد أن يصوب قلمه نحوها .

وهناك مقياس يسجل أوتوماتيكياً عدد الثقوب التى نجح المختَبر فى التصويب عليها .

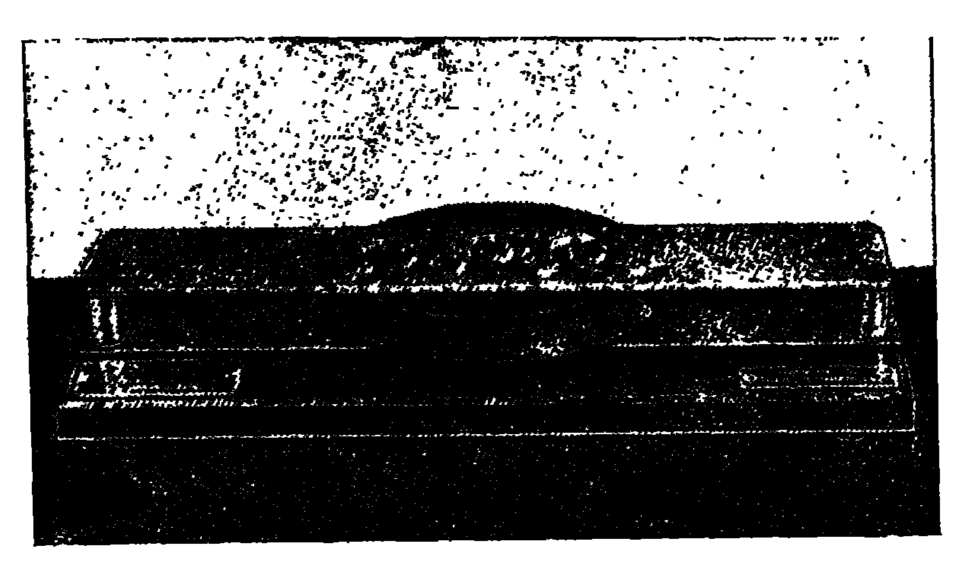


شكل (١٥) جهاز لاختبار التصويب

* لزيادة التفاصيل ، يمكن الاطلاع على مطبوعات
"Etablissements D'applications Psychotechniques."

اختبار سينوسويد : Sinusoid

ويرمز لهذا الاختبار بالرمز (S.N.) وهو من وضع الأستاذ بوناردل لقياس دقة حركة اليدين ، والتوجيه إلى الأعمال التى تتطلب حركة اليدين معاً بمنتهى الدقة . والجهاز عبارة عن قرص مثبت على دبوسين يحركهما المختبر فى مجرى خاص . ويسجل على المختبر الوقت الذى يلزمه لأداء هذه المهمة كما تسجل عليه الأخطاء بطريقة أتوماتيكية .



شكل (١٦) اختبار « سينوسويد » لقياس القدرة على دقة العمل باليدين معاً

اختبار التعب : Fatigability test

ويرمز لهذا الاختبار بالرمز D.E. وهومن وضع الأستاذ لاهى ويطلق عليه أحياناً دينامو جراف لاهى Lahy's self-recording Dynamograph

ويختبر هذا المقياس قوة الشخص وقدرته على التحمل كما يبدو من مقدرته على الضغط باليد . والجهاز كما هو موضح بالرسم — به مقبض من الكاوتشوك وخرطوم مملوء بالماء . والضغط على المقبض يسبب دفع الماء وبالتالى يحرك إبره تعلم على الورق الملفوف على اسطوانة يحركها موتور كهربائى . والرسم البيانى الناتج ، واهتزازات المنحنى تمثل مجهود الفرد وقوة ضغطه وقدرته عن التحمل .

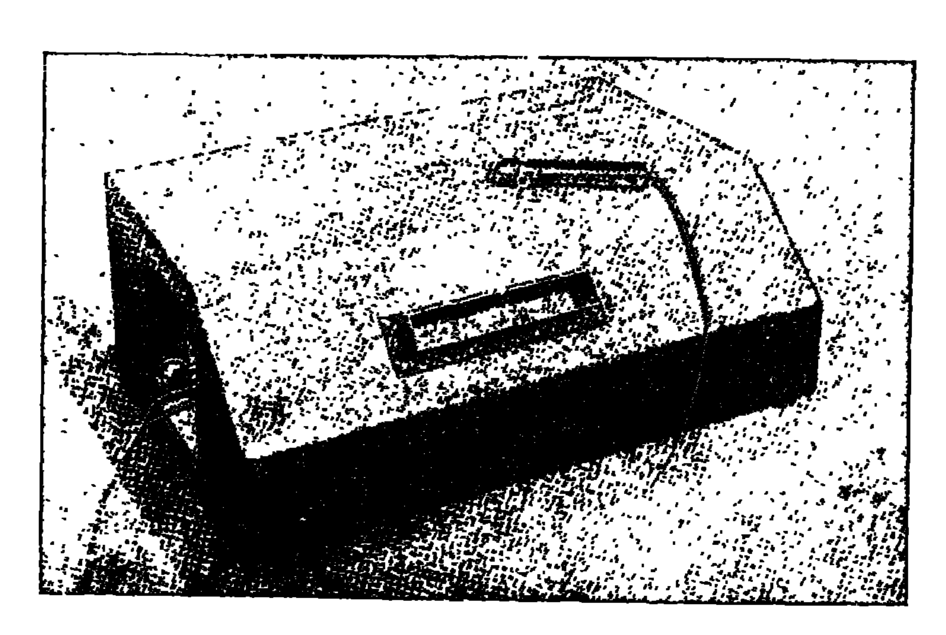
اختبار الانتباه اليدوى Manual attention
ويرمز لهذا الاختبار بالرمز .M.A وهو من وضع الأستاذ لا هى لقياس القدرة على الربط بين الإدراك البصرى والتنفيذ اليدوى .

والجهاز عبارة عن صندوق به نافذة يلف فيها اسطوانة ، وعليها ورقة مدون بها سلسلة من الحروف وتلف بسرعة معينة . وعلى المختبر أن ينظر لهذه الحروف ويسجلها بيده على مفتاح تلغراف وبالجهاز مقياس يسجل عليه الصواب والخطأ .



شكل (١٧) ديناموجراف التعب

وسنكتفى بهذا القدر لتوضيح فكرة هذه الاختبارات التى نجد منها الآن ما يزيد على الأربعين مقياساً ما زالت فى دور التجربة .



شكل (١٨) اختبار القدرة على الربط بين الإدراك البصرى والتنفيذ اليدوى

اختبارات الميول

يقصد بالميل Interest التعلق بأمر معين والإقبال على الانتباه إليه والاستمرار فى الاهتمام به فى شىء من الاحتمال والرغبة . فالميل يدفع الشخص لأن ينتبه ويحب الشىء أو الشخص أو نشاطاً معيناً ، ويسبب له ذلك ارتياحاً وسروراً .

واختبارات الميول المهنية تهتم أولا باكتشاف درجة عمق الميل نحو مهنة معينة وكذلك التنبؤ بدوام هذا الميل .

فاختبارات الميول المهنية إذن لها قيمة كبرى فى :

١ — معرفة ما إذا كان الفرد سيهتم بالعمل الذى سيوجه إليه بحيث يبقى فيه.

٢ — معرفة ما إذا كان سيجد نفسه بين رفاق لهم نفس الميول .

٣ — اقتراح ميادين جديدة للعمل لم يفكر فيها الشخص جدياً من قبل .

وفى بعض الأحيان يستغل اختبار الميل للتنبؤ بنجاح الشخص فى المهنة ، والنجاح هنا من زاوية الارتياح satisfaction أكثر من زاوية الإنتاج . (وإن كان هناك ارتباط) .

ومن أشهر الاختبارات الشائعة الاستخدام اختبار كودر Kuder Preference Record واختبار استرونج Strong Vocational Interest

ويتضمن الميول العلمية والأدبية والفنية والموسيقية والحسابية والميكانيكية والخلوية والميل للاجتماع ، وتصنف المهن على حسب اختبار كودر للميول كما يأتى :

الخلوى : الفلاح ، البستانى ، الزراعى ، النباتى ، الصياد .

الميكانيكى : ساعاتى ، ميكانيكى ، مهندس ، سائق .

الحسابى : صراف ، محاسب ، إحصائى .

العلمى : طبيب ، كيميائى ، صيدلى ، مهندس ، بحاثة .

الإيحائى الإقناعى : سياسى ، ممثل ، مذيع بالإذاعة ، واعظ ، تاجر .

الفنى : مثال ، مصور ، مهندس زخرفة ، مصمم أزياء .

الأدبي : روائي ، صحفي ، مؤلف ، شاعر ، ناقد ، مدرس .
الموسيقي : موسيقي ، مغني ، ناقد موسيقي ، عازف .
الخدمة الاجتماعية : ممرضة ، مدرس ، أخصائي اجتماعي ، واعظ ، موجه فني .
الكتابي : كاتب ، موظف محفوظات وأرشيف ، سكرتير .

اختبارات الاتجاهات

الاتجاه العقلي هو استعداد يتكون عند الشخص يجعله يقف موقفاً ثابتاً معيناً نحو الأفكار أو الأشخاص أو الأشياء ، وبحيث يتعود هذا الاتجاه الذى كونه وبحيث يصبح طابعاً مميزاً له .

وعند قياس الاتجاهات يهتم السيكولوجي فى التوجيه المهني بمعرفة شيء عن آراء الشخص المختبر فى الصناعة وأجوائها والعلاقات المختلفة ، واتحاد الصناعات ونظام الأجور والظروف العامة المحيطة بعمل معين .

وتدل الأبحاث الحديثة على أهمية هذه الاختبارات للدلالة على تكيف الشخص نحو عمله ، وذلك مما يشجع على إنشاء اختبارات من هذا النوع لتوجيه كل فرد إلى العمل المناسب .

اختبارات النواحي الخلقية والمزاجية

إن لفظ « شخصية » فى ميدان الاختبارات ، يطلق عادة على النواحي الخلقية والمزاجية Temperament & Character وإن كان فى الحقيقة يشمل أكثر من ذلك .

وفى إحدى الدراسات التى قام بها Bevington لدراسة الأهمية النسبية لكل من العوامل الثقافية والمزاجية والاقتصادية والاجتماعية فى نجاح الأولاد الذين يعملون فى مصانع لندن ، وجد أن العوامل المزاجية والخلقية أهم بكثير

من العوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية . والحقيقة أن تلك الأهمية تختلف من عمل لآخر . ولكن مما لا ريب فيه أنه فى جميع الأعمال تقريباً ، لا يكفى أن يكون الشخص ممتازاً فى معلوماته ، بل ينبغى أن يكون متصفاً ببعض الصفات الخلقية : كالانتظام فى العمل ، والرغبة فى الإتقان والأمانة وحب الزملاء وما إلى ذلك .

وما زالت الحاجة ماسة إلى زيادة العناية بقياس نسبة هذه الصفات بغرض التوجيه المهنى بطرق أكثر موضوعية . وإن دراسة شخصيات ذوى العاهات بهذه الكيفية يفيدنا أيضاً فى معرفة الصفات الشخصية لهؤلاء الذين تعرضوا لحوادث المصانع وكيفية اختلافهم عن العاديين .

وقد أجريت مثل هذه الدراسة فى أمريكا بجامعة هارفارد ، وفى لندن ، بمعهد علم النفس البريطانى Institute of Industrial Psy. فدرست صفات الأشخاص الذين يتعرضون كثيراً للحوادث كصفات السائقين الذين تكررت حوادثهم وقورنت بصفات السائقين الآخرين .

وهناك محاولة لإتمام دراسة مشابهة للدراسات السابقة هنا فى مصر ، أفرادها هم عملاء مكتب التأهيل المهنى (وقد اشترك ١٥ طالباً من الأخصائيين الاجتماعيين ممن يدرسون للتخصص فى التأهيل ، وجمعوا الكثير من البيانات وأشرفوا على ملء الاستفتاءات الخاصة بالميول والاتجاهات وغير ذلك تحت إشراف المؤلف) .

تقييم الاختبارات السيكولوجية فى التوجيه المهنى

نظراً لتعقد مشكلات التوجيه ، فإن بحث صلاحية اختبارات التوجيه لم يتقدم تقدماً كافياً أو بنفس السرعة التى تمت فى حالة الاختيار المهنى مثلا . ومع ذلك فهناك بعض الدراسات . ففى إنجلترا بدأت أبحاث فارمر وتشامبر

IndustriaHealth Research Board في المجلس الصناعي الصحي Farmer & Chambers

وقد غطت الأبحاث عدة ميادين للعمل . عملت لذلك الغرض اختبارات عدة أعطيت لحوالى ٢٧٣١ عامل تتراوح أعمارهم بين ١٤ ، ٣٨ سنة . ويعملون فى كثير من الأعمال ابتداء من الأعمال الفنية العادية إلى الأعمال اليدوية الروتينية

وقد قورنت نتائج الاختبارات ومستوى الأداء الفعلى فى الأعمال . وحسبت لذلك معاملات الارتباط وقد تبين من البحث :

١ — أهمية اختبارات الذكاء واختبارات القدرات الميكانيكية لتوجيه الأفراد إلى الأعمال الفنية ، أما الاختبارات الحسية والحركية Sensorimotor فقد أثبتت أنها ضئيلة القيمة هنا.

٢ — وكذلك تبين أهمية اختبارات الذكاء واختبارات التوافق الحركى لتوجيه الأفراد إلى الأعمال نصف الفنية .

٣ — كما تبين ضآلة قيمة الاختبارات فى التوجيه إلى أعمال غير فنية .

هذا وقد عملت دراسات عدة لمقارنة الطرق المختلفة المتبعة فى التوجيه ، ولمقارنة الاختبارات بعضها ببعض ، وللمقارنة بين الحالات التى يتم فيها التوجيه بالطرق التقليدية وحدها أو بالاختبارات وحدها ، أو بهما معاً . ومن هذه الدراسات المنظمة المسجلة ما يأتى :

دراسة لندن :

تضمنت هذه الدراسة ١٢٠٠ تلميذاً كانوا على وشك ترك المدرسة الابتدائية ، وسيوزعون على أعمال مناسبة . قسم هؤلاء التلاميذ بطريقة عشوائية (by chance) إلى مجموعتين واتخذت إحداهما مجموعة ضابطة Control group والأخرى للتجربة Experimental ، فأما أفراد المجموعة الأولى

فكانوا يوجهون إلى أعمال بناء على نصائح أساتذتهم الذين يجلسون فى هيئة مؤتمر ويناقشونهم . وأما مجموعة التجربة فكانوا يوجهون على أساس الاختبارات السيكولوجية بالإضافة إلى المناقشة الشخصية وفحص البطاقات المدرسية والتقارير الطبية ودراسة الظروف الاجتماعية . . . إلخ . وتوبعت دراسة هؤلاء الأولاد فى المجموعتين لمدة أربع سنوات تقريباً فاتضحت حقائق طريفة منها ما يأتى :

من بين مجموعة المختبرين :

إن الأفراد الذين يعملون فى أعمال كتابية وسكرتارية وكانوا قد وجهوا إليها نتيجة اختبارات سيكولوجية — قد استمر منهم ٧٥٪ يناظر ذلك ممن يعملون فى نفس المهنة ولكن لم يوجهوا إليها نتيجة اختبارات سيكولوجية ، استمر منهم ٣٥٪ فى عملهم ، أما الباقون فقد غيروا أعمالهم .

وفى المجموعة الضابطة : أن الأفراد الذين يعملون فى أعمال كتابية وسكرتارية وكان قد وجههم إليها مؤتمر الأساتذة قد استمر منهم ٤٤٪ وأن الأفراد الذين يعملون فى أعمال كتابية وسكرتارية ولم يوجههم إليها مؤتمر الأساتذة قد استمر منهم ٤٣٪ وقد حللت تقارير مديرى الأعمال فتبين منها أن الأولاد الذين مارسوا مهناً بعيدة نسبياً عن تلك التى وجهوا إليها بعد الاختبارات ، كانت التقارير عن أعمالهم غير مرضية . . هذا بالنسبة للمجموعة التى اختبرت . أما بالنسبة للمجموعة التى لم تختبر (المجموعة الضابطة) فلم يكن ذلك الأمر واضحاً ، أى أن انشغال الصبى بعمل غير الذى وجه إليه لم يكن له تأثير واضح ، وكان هناك مصدر آخر للتقارير وهو الأولاد أنفسهم ، وقد كتبوا تقارير تبين مدى سرورهم واقتناعهم بالأعمال التى يقومون بها ، وارتياحهم إليها وقد تبين أن هؤلاء الذين يعملون فى أعمال أشير عليهم بها ، كانوا أكثر سروراً وانسجاماً من الآخرين .

نلخص هذه النتائج إذن فيما يلى :

إن الأفراد الذين عملوا فى أشغال نتيجة للتوجيه كانوا أكثر نجاحاً من غيرهم ، وأن التوجيه المهنى المبنى على أسس سيكولوجية صحيحة يمكن الاعتماد عليه إلى حد أكبر بكثير من التوجيهات والنصائح التى تتبع فى الطرق الأخرى

دراسة برمنجهام :

إن الدراسة السابقة فى لندن فيها عامل لم يوضع موضع الاعتبار ، وهو أن الأشخاص الممتحنين أو الموجهين يختلفون من مجموعة التجربة إلى المجموعة المقارنة ، وقد أمكن التغلب على هذه الصعوبة فى بحث برمنجهام[١]. فنى هذا البحث قسم ٣٢٨ صبى إلى مجموعتين بطريقة عشوائية ، وقام بهذا البحث شخصان أحدهما سيكولوجى والآخر تربوى له إلمام بعلم النفس والاختبارات . وقد اشتركا معاً فى توجيه المجموعة الأولى عن طريق الاختبارات ثم اشتركا أيضاً فى توجيه المجموعة الثانية ولكن بدون اختبارات . ومن ذلك يتضح أن أى نتيجة أو أى اختلاف بين المجموعتين سيكون راجعاً إلى الاختبارات وحدها دون الأشخاص .

وبتتبع المجموعتين تبين بوضوح أن الأولاد الذين وجهوا بعد اختبارات كانوا أكثر نجاحاً وتوفيقاً من الآخرين .

ومن الأبحاث الكبيرة التى تمت فى الولايات المتحدة الأمريكية ، والتى قام بها بعض العلماء المتخصصون فى إدارة شئون العمال ، بحث لمعرفة مدى التوسع فى استخدام الاختبارات فى المصانع منذ عام ١٩٣٠ حتى عام ١٩٥٣— وقد تناول البحث[٢] عام ١٩٥٣ عدد ٦٢٨ شركة تضم حوالى خمسة ملايين

(١) Allen, E.P. & Smith P.: The Vi lue of Vocational Tests as Aids to Choice of Employment. Birmingham, 1932.

(٢) من محاضرة للأستاذ الدكتور يوسف مراد عن « علم النفس فى خدمة الصناعة » — أسبوع شباب الجامعات ١٩٥٤ — ١٩٥٥ .

من العمال . فوجدوا أن وسائل الاختبار الموضوعية فى تزايد مستمر .

فنى عام ١٩٣٠ لم تكن تستخدم الاختبارات السيكولوجية إلا فى نطاق ضيق جداً ، ثم أخذت طريقة الاختبارات تنتشر حتى أن ٧٥٪ من الشركات (وعددها ٦٢٨) والتى بحثت فى عام ١٩٥٣ كانت تعتمد على الاختبارات السيكولوجية . وتوزع الاختبارات التى استخدمتها هذه الشركات على النحو الآتى :

الاختبارات الخاصة بالأعمال الكتابية وأعمال السكرتارية وقد استخدمتها	٧٣٪ من الشركات
الاختبارات الخاصة بالمعلومات المهنية وقد استخدمتها	٣٠٪ من الشركات
اختبارات القدرة العقلية العامة أو اختبارات الذكاء وقد استخدمتها	٥٦٪ من الشركات
اختبارات القدرة الميكانيكية وقد استخدمتها	٤٠٪ من الشركات
اختبارات المهارة اليدوية وقد استخدمتها	٢٨٪ من الشركات
اختبارات الشخصية وقد استخدمتها	٤٠٪ من الشركات
اختبارات عملية وقد استخدمتها	٣٣٪ من الشركات

ولنأخذ مثلا النوع الأول من هذه الاختبارات وهو الخاص بالأعمال الكتابية فقد وجد أن القدرة على القيام بنجاح بهذه الأعمال ليست قدرة بسيطة بل قدرة مركبة من أربعة عوامل ميزتها الدراسة الدقيقة التى تعتمد على الطرق الرياضية كالتحليل العاملى .

فالعامل الأول هو القدرة على إدراك الكلمات والأرقام ، ويستخدم لقياس هذه القدرة تمرينات مقننة تحتوى على عدد من الأزواج اللفظية أو العددية بعضها متشابه تمام التشابه وبعضها الآخر يحتوى على اختلافات دقيقة ، وعلى المختبر أن يميزها بسرعة . وميزة هذه التمارين أنها مرتبطة ارتباطاً ضعيفاً جداً بالذكاء العام ، ولا تتأثر نتائجها بالخبرة أو بالسن ، أى أن مثل هذه الاختبارات تقيس القدرة على إدراك الكلمات والأرقام فى لبها وأساسها .

والعامل الثانى هو القدرة على فهم معنى الكلمات وغيرها من الرموز . هذا هو العامل اللفظى الذى ميّزه ثرستون ووضع له اختبارات خاصة تشمل معرفة مفردات اللغة وفهم النصوص .

والعامل الثالث هو المعروف بالعامل العددى وهو القدرة على معالجة الأرقام ويتدخل هذا العامل فى العمليات الحسابية البسيطة وفى حل المسائل .

أما العامل الرابع فهو خاص بالمهارة اليدوية وبخفة حركات الأصابع ، ويتضح وجود هذا العامل من تحليل الأعمال الكتابية نفسها، ولم يصل بعد التحليل العاملى إلى عزله .

ولا شك أن هناك علاقة بين القدرة الكتابية كما سبق وصفها والقدرة على التكيف ، ولا بد من اختبار هذه القدرة الأخيرة باختبارات خاصة للذكاء فى الحالة التى تتطلب الوظيفة الكتابية التى يقوم بها الموظف تغيير نوع النشاط من حين إلى آخر . هذا فضلا عن اختبارات الشخصية التى تكشف عن اتجاهات الموظف من سيطرة أو خضوع أو انطواء أو انبساط أو عدوان أو ميل إلى التعاون . . . إلخ ولنأخذ الآن مثالا آخر خاصاً بجانب هام جداً من النشاط الصناعى أو التجارى وهو النقل بالسيارات الثقيلة ، سواء نقل المهمات فى الطرق العامة أو نقل الركاب فى شوارع مدينة كبيرة كمدينة باريس أو القاهرة .

إن عمليات النقل ذات قيمة حيوية للنشاط القومى من جميع نواحيه وتقتضى المصلحة العامة توافر أسباب الأمن والسرعة والانتظام مع الإحالة دون الاستهلاك السريع لسيارات النقل ، ومن بين العوامل التى تضمن تحقيق هذه الشروط الأشخاص المكلفون بقيادة السيارات .

وعملية القيادة مركبة تتطلب من قائد السيارة مجموعة من الصفات المزاجية والخلقية ومن القدرات العامة والخاصة . وسنذكر بعد قليل أهم هذه الصفات والقدرات كما كشفت عنها الدراسة العلمية التى قام بها لاهى Lahy فى باريس وهو أحد منشئ علم النفس الصناعى فى الربع الأول من هذا القرن .

فى عام ١٩٢٣ فكرت شركة النقل المشترك فى باريس فى إيجاد حل لمشكلة الحوادث الكثيرة التى كانت تقع يومياً لسائقى الثلاثة آلاف سيارة التى تملكها، إذ بلغ عدد الحوادث فى عام ١٩٢٢ ثمانية عشر ألف حادثة ذهب ضحيتها مئات من الركاب والمارين فضلا عن الخسارة المادية الفادحة التى كانت تتحملها الشركة . فكلف الأستاذ لاهى بدراسة الموضوع ووضع خطة محكمة لاختيار السائقين قبل تدريبهم . وبعد القيام بتحليل العمل ، وضع لاهى مجموعة من الاختبارات اللفظية والحركية بحيث يسمح كل اختبار بقياس كل قدرة خاصة على حدة فضلا عن اختبار الذكاء والذاكرة . وكانت تسجل نتائج الاختبارات فى شكل (بروفيل) سيكولوجى يسمح فحصه بالتنبؤ بمدى احتمال نجاح طالب العمل فى تعلم قيادة السيارات الثقيلة ثم مزاولة هذه المهنة .

ويقتضى النجاح فى مهنة قيادة سيارات النقل توافر القدرات الآتية :

١ ـ أن تكون استجاباته سريعة ومنتظمة .

٢ ـ ألا يصاب بسرعة بالتعب النفسى الحركى .

٣ ـ أن يكون قادراً على تقدير السرعات والمسافات بالنظر .

٤ ـ أن يكون جيد الإبصار عند انخفاض الضوء وقت الغسق وفى الليل .

٥ ـ أن يكون قادراً على مقاومة (الزغللة) فى حدود معينة ، وأن يستعيد تكيفه البصرى بسرعة لا تقل عن حد معين .

٦ ـ أن يكون مدى الإبصار العملى فى حدود معينة بحيث يتمكن من أن يلمح ما يدور عن يمينه وعن يساره دون الانقطاع عن رؤية ما يحدث أمامه .

٧ ـ أن يكون قادراً على الانتباه الموزع ، قوى الأعصاب ، لا ينفعل بسرعة ، قادراً على مقاومة آلية الحركات كلما لزم الأمر .

٨ ـ أن يتمتع بقوة عضلية معينة ، قادراً على تحمل التعب وبذل المجهود الذى تتطلبه مهنته بنوع خاص .

٩ ـ حيث إن القيادة تقتضى القيام بعدد من الحركات المختلفة من حيث

شكلها واتجاهاتها ومدتها ، فلا بد من أن يتصف قائد السيارة بقدرة عالية على تفكيك حركات اليدين والقدمين بحيث لا تتبع اليد الواحدة أو القدم الواحد اليد أو القدم الأخرى فى حركتها .

وقد أدى الاختيار المهنى فى ميدان قيادة السيارات إلى نتائج باهرة بفضل استخدام الاختبارات السيكولوجية. وفيما يلى الفوائد التى جنتها شركة النقل المشترك فى باريس .

انخفضت نسبة الذين يستبعدون فى أثناء التدريب من ٢٠٪ قبل تطبيق الاختبارات إلى ٤٪ بعد تطبيقها ، كما أن مدة التدريب انخفضت من ١٥ يوماً إلى عشرة أيام . ودلالة ذلك بالقياس إلى نفقات الشركة ، خفض نفقات التدريب بنسبة ٣٣٪ .

أما فى ميدان الحوادث ونسبة وقوعها فقد كانت النتائج باهرة حقاً . طبقاً لمقارنة بين عام ١٩٢٣ وعام ١٩٤٨ نجد أن متوسط عدد الحوادث فى السنة بالنسبة إلى السائق الواحد انخفض من ٢,٢ إلى ٠,٥ أى بنسبة ٧٥٪ وهى نسبة عظيمة . ومما هو جدير بالملاحظة أنه فى عام ١٩٢٩ ارتفعت نسبة الحوادث وكان السبب فى ذلك أن اضطرت الشركة إلى تعيين عدد من السائقين دون اختيارهم تطبيقاً للقوانين العمالية التى أصدرتها الحكومة فى هذه السنة ، وهى تقضى بخفض عدد ساعات العمل يومياً . وعند ما تمكنت الشركة من اختيار السائقين الجدد انخفضت نسبة الحوادث من جديد .

وقد تجددت هذه الظاهرة فيما بين ١٩٣٩ وعام ١٩٤٠ عند إعلان الحرب العالمية الثانية وتجنيد عدد كبير من عمال الشركة،فلجأت الشركة بحكم الضرورة إلى تشغيل سائقين تعلم أنهم دون مستوى الكفاية المطلوبة ، وعندئذ ارتفعت نسبة الحوادث بشكل مريع . ومثل هذه التجارب السلبية تقيم الدليل على أهمية الاختيار المهنى وخطورته .

وبالمقارنة أيضاً بين عام ١٩٢٣ وعام ١٩٤٨ نجد أن عدد الحوادث لكل

مائة ألف كيلو متر تقطعها جميع سيارات الشركة انخفض من ١١,٥ إلى ٢ أى بنسبة ٨٠٪ تقريباً فبينما كانت الشركة تنقل عام ١٩٢٣ مائة ألف راكب لكل حادثة واحدة ، أصبحت فى عام ١٩٤٨ تنقل أربعمائة ألف راكب لكل حادثة واحدة . فى حين أن عدد الحوادث التى تحدثها السيارات الخاصة تزداد نسبتها بازدياد عدد السيارات . فبين عام ١٩٢٣ وعام ١٩٤٨ زاد عدد السيارات الخاصة فى باريس وضواحيها بمقدار ٢١٨٪ وزادت الحوادث بمقدار ٨٤٪، أما سيارات الشركة وقد زادت بمقدار ٢٠٠٪ ولكن عدد الحوادث التى أحدثتها، بدلا من أن يرتفع ، انخفض بمقدار ٣١٪ مع العلم بأن متوسط سرعة هذه السيارات زاد بمقدار ٨٠٪

ولا يمكن أن يعزى هذا التفاوت الصارخ بين السيارات الخاصة وسيارات الشركة إلى التحسينات الفنية وتنظيم حركة مرور وإصلاح الطرق . . إلخ إذ أن هذه العوامل مشتركة بين جميع السيارات . ولكن هناك عاملا واحداً يستطيع أن يفسر هذا التفاوت ، ألا وهو قيام الشركة باختبار عمالها بواسطة مجموعة من الاختبارات السيكولوجية الدقيقة فى حين أن سائقى السيارات الخاصة لا يخضعون لمثل هذا الإجراء .

وهناك دراسات أخرى متعددة وأرقامها تنطق بوضوح ، وتؤيد النتائج السالف ذكرها . هذا بالنسبة إلى معظم الدراسات أو كلها إذا استثنينا عدداً قليلا مثل بحث ثورنديك ، ولكن عند فحص هذا البحث وأمثاله بدقة نجد عيبين أساسيين :

١ ــ عدم ملاءمة الاختبارات ، أى أن المعيار يكون غير مناسب أو بمعنى آخر أن الاختبارات تكون غير صالحة .

٢ ــ عدم ثبات الاختبارات .

هذا عدا عيوب أخرى فى نفس الاختبارات وفى طرق تطبيقها .

العوامل الهامة فى التوجيه المهنى

إن توجيه الأفراد إلى مهنة ما لا يكون على أساس القدرات العقلية وحدها ، بل على أساس القدرات والإمكانيات الجسمية أيضاً ، والفرص التى يمكن أن توجد أمامهم فى البيئة المحلية ، والأشخاص الذين يعملون معهم ، ونوع الشركات أو المصانع . وهناك اتفاق بين علماء النفس [١] على العوامل الأساسية التى تميز بين الأشخاص بعضهم من بعض بطريقة تنفع عند التوجيه .

وهذه العوامل تتضمن نواحى سيكولوجية كالذكاء ، والتحصيل الدراسى ، والقدرات ، والميول ، والصفات الشخصية ، والاتجاهات ، ونواحى اجتماعية كالظروف العامة والمسئوليات والآمال ومستوى الطموح ، ونوع الأسرة وثقافتها . . إلخ كما تتضمن أيضاً نواحى جسمية . ويقول ماكنزى [٢] إن أى عامل من هذه العوامل يجب أن تنطبق عليه ستة شروط أساسية أهمها :

١ ــ أن يكون لهذا العامل معنى دقيق ومحدد ومفهوم للجميع .

٢ ــ يمكن قياسه عند الأفراد بطريقة لا تكلف كثيراً ويمكن أن نعتمد عليه .

٣ ــ يمكن قياسه لمهن كثيرة فى مختلف الميادين وبنفس الطريقة . فلو استخدمنا أحد الاختبارات ، فيجب أن تكون له معايير Norms ويمكن أن نلجأ إليها دائماً أو على الأقل ، يمكن مضاهاتها بنتائج اختبارات أخرى مماثلة .

---

(١) Super, D.E.: Appraising Vocational Fitness by Means of Psychological Tests 1949

(٢) McKenzi , R.M.: An Occupational Classification for us in Voc tional Guidance, Occupational Psy., Vol. 28, No. 2., 1954.

٤ ــ أن يكون الاختبار أو العامل مميزاً بين الناس الذين يعملون فى مهن مختلفة .

٥ ــ أن يكون له ارتباط وثيق بحسن أداء العمل .

٦ ــ أن يكون صفة ثابتة فى الفرد ، لا صفة عارضة .

ولنبحث الآن باختصار فى مدى انطباق هذه المعايير الستة على كل عامل من هذه العوامل .

الذكاء العام :

١ ــ وهذا يمكن تعريفه بتحديد المقصود « بالعمر العقلى » .

٢ ــ ويمكن الاعتماد عليه كمقياس ولا يكلف كثيراً .

٣ ــ كما يمكن استخدامه فى مختلف ميادين العمل . فيحسب متوسط ذكاء المشتغلين فى كل مهنة على حدة .

٤ ــ نتائج مقاييس الذكاء تبين اختلاف مستويات مجموعات العمل أكثر من كل عمل على حدة .

٥ ــ وقد سبق أن تحدثنا عن موضوع الحد الأدنى والحد الأعلى للذكاء .

٦ ــ ثبات نسبة الذكاء مما يساعدنا كثيراً فى التوجيه .

إذن الذكاء عامل هام وتنطبق عليه المعايير الستة .

التحصيل الدراسى :

المستوى العام للتحصيل يمكن تعريفه بطرق متعددة كالشهادات الدراسية ، والبرامج الدراسية ، ومدة التلمذة ، والتقدم الدراسى ، والدرجات التى يحصل عليها الشخص فى الاختبارات المقننة للتحصيل أو كل هذه الأمور معاً .

٢ ــ يمكن قياسه عند الأفراد .

٣ ــ ويمكن قياسه لمختلف المجموعات المشتغلة فى مختلف الميادين .

٤ ــ وسيظهر احتياجات مجموعات المهن المختلفة لمقدار التحصيل .

٥ ــ وواضح أن التحصيل (القراءة والكتابة والمعلومات والحساب) له ارتباط بالنجاح فى كثير من المهن .

٦ ــ الشهادة الدراسية التى حصل عليها الشخص تكون ملكاً ثابتاً له وإن كانت المعلومات التى امتحن فيها الشخص قابلة للنسيان بعد ترك المدرسة .

وعلى ذلك ففى حالة الأعمال التى تتطلب « تحصيلا إسمياً » أى شهادات دراسية فهذا المعيار ممكن .

أما فى حالة الأعمال التى تتطلب بقاء المعلومات ، فمعيار الثبات هنا غير قائم

إذن هذا العامل يمكن الاعتماد عليه أيضاً ، وعلى ذلك فإنه هام لكثير من ميادين العمل .

الاستعدادات الخاصة :

١ ــ الاستعدادات والقدرات يمكن تحديدها وتعريفها فقط كدرجات فى اختبار .

٢ ــ يمكن قياسها بطرق يمكن الاعتماد عليها . ولكن كل قدرة محتاجة لاختبارات خاصة بها ، وعلى ذلك فهى تتكلف مالاً ووقتاً كثيراً نسبياً .

٣ ــ استخدامها فى الميدان نفسه يكلف كثيراً .

٤ ــ من الممكن تمييز أقسام كبيرة مثل هؤلاء الذين عندهم قدرة لفظية وتربوية v:ed أو قدرة ميكانيكية وتصور بصرى k:m أما التفاصيل فلا تهم كثيراً للتوجيه المهنى بقدر ما تهم فى الاختيار المهنى .

٥ ــ المعروف حتى الآن أن بعض القدرات ترتبط بالنجاح فى العمل ، ولكن ما زالت هناك حاجة ماسة للتأكد من صحة ذلك . فهناك أحكام ظاهرية

للبعض نتيجة التسمية مثل الميكانيكى وأحد اختبارات القدرة الميكانيكية . هذا هو فقط اسم الاختبار ، ولكن المحتوى قد لا يكون كذلك ، وهذا يضلل .

٦ ـــ صفة الثبات هنا موجودة .

وإذن فالخلاصة أن كثيراً من الاستعدادات نوعية ، واختبارات القدرات لا يمكن حتى الآن وبحالتها الراهنة اعتبارها أحد العوامل الرئيسية للمهن على انفراد ، وإنما لمجموعات المهن .

الميول :

هذه الكلمة تستخدم للدلالة على أشياء كثيرة وعادة تكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالقدرات والبيئة والتربية والحاجات الانفعالية بحيث تجعل مناقشة الموضوع يطول كثيراً .

١ ـــ فكما يقول فرنون Vernon وغيره إن تعريف (الميول) تعريفاً سيكولوجياً أمر ليس بالسهل . وعلى ذلك فيحسن أن نحدد أنفسنا فيستخدم اللفظ كما يفهم منه حين نتحدث عن التوجيه المهنى . وعلى ذلك نقول إن فلاناً يميل إلى أعمال النجارة أو إلى ركوب الدراجات . . إلخ وكل من هذه الميول ترتبط عادة ببعض الأعمال ، فالأول يمكن أن يرتبط بصناعة النجارة أو نجارة الموبيليات أو نقش النجارة . . إلخ والثانى للعمل كساع أو فى محل دراجات أو غير ذلك ، وإن كان هذا لا يحدث دائماً ، فقد يميل الشخص إلى شىء ما لأسباب أخرى خارجة عن الشىء نفسه . ولكن لظروف أخرى كالأصدقاء والظروف وعلى ذلك فإن الأهم من الميول النفسية هو ما وراءها . فيقال مثلا إن فلاناً ميوله علمية أو فنية أو أدبية . وإن من أشهر استفتاءات الميول المهنية استفتاء سترونج عام ١٩٤٣ Strong's Vocational Interest ويقول سترونج « إن العمال فى المهنة الواحدة تكون لهم عادة ميول مشتركة وأخرى متقاربة » ، وعلى ذلك يمكن أن يقال إن شخصاً ما له ميول تشابه ميول أطباء الأسنان أو

موظفى البنوك . . إلخ دون داع لتسمية الميل باسم معين .

٢ ، ٣ — تقاس الميول بطرق متعددة ، فعلى الشخص أن يعبر عن ميله بأن يبين .

— إذا ما كان يحب أو لا يحب أوأن الأمر عنده سيان .

— أو يستنتج ميله من الطريقة التى يقضى بها أوقات فراغه .

— أو يستنتج من حسن أدائه للشىء أو عدمه .

— أو الإلمام بالشىء ومعرفة معلومات غزيرة عنه .

— أو عن طريق الاستفتاءات المقننة والتى اختبرت أسئلتها للصلاحية .

ويلاحظ أن التعبير عن حب الشىء من عدمه قد يكون غير ثابت وإن كان يعطى مادة للمناقشة ، وكذلك لا يسهل الحكم عما إذا كان هذا الحب من عدمه نتيجة الظروف أو الفرصة التى وجدت أمام شخص أو نتيجة لدخل الأبوين أو غير ذلك . أى لا تتضح ميول الشخص إذا كانت أتيحت له فرص أكثر من المعتادة .

وأما الاختبارات والاستفتاءات المقننة فأحسن الطرق جميعاً . ولكنها لسوء الحظ تكلف مالاً وجهداً طائلا فى التصحيح إلا إذا استخدمت الآلات الحاسبة وماكينات التخريم والفرز مثل الآلات التى تستخدمها (International-I.B.M. Business Machines)

٤ — استفتاءات الميول — تستطيع أن تميز ، فردود الأشخاص فى مختلف المهن يختلف بعضها عن بعض ، وتبدو كما لو كانت تميز بين الطوائف المهنية ، وإن كان تحقيق صلاحية ذلك علمياً أمر لا يسهل تحقيقه . وعند تقسيم الأعمال حسب نواحى النشاط التى تتضمنها ، بحيث يوجه الفرد نحو المهنة التى بها نواح من النشاط أظهر ميلا نحوها تقابلنا صعوبات عدة ، فمن هذه الصعوبات تحديد نواحى النشاط فى مختلف الأعمال بناء على المظهر الخارجى . ومن الصعوبات أيضاً أن بعض الأعمال يبدو أنها تتطلب ميولاً مختلفة فى مراحل مختلفة ، فمثلاً

المهندس قد يبدأ العمل بيديه ثم ينتقل إلى مرحلة الرسم بالمكتب والدراسات الفنية ثم يرتقى إلى مرحلة تقدير النفقات للتنفيذ وأخيراً يصبح فى مركز إدارى ويتناول الكثير من المشاكل الحيوية . وقد تبين فى أحد الأبحاث التى قامت بها إحدى الهيئات المهنية بإنجلترا أن ٧٠ ٪ ممن يبدأون كمهندسين ينتهون كمديرى أعمال .

٥ — وبخصوص الارتباط بين الميول والعمل فقد بين Strong أن هناك علاقة بين نتائج استفتاء الميول المهنية والنجاح فى المهنة . وهناك دلائل أيضاً على أنه كلما كان نمط ردود الاشخاص على الاستفتاء قريباً من المطلوب لمهنة معينة ، فإن عمله فيها يعنى انغماساً أكثر فى العمل .

٦ — الميول النوعية قد تكون غير ثابتة وخاصة فى دور المراهقة ، كما أن ردود استفتاءات الميول يقول عنها Strong إنه لا يمكن الاعتماد عليها للأشخاص دون السابعة عشرة . ولكن بعد ذلك يبدو أنها تظل ثابتة . وقد كان معامل الثبات فى أحد استفتاءات سترونج للمهندسين عند ما أعيد ملء الاستفتاءات بعد مضى عام واحد ٠,٩١ وبعد مضى ٩ أعوام ٠,٧٧ وبعد ١٩ سنة ٠,٧٦ .

كما لوحظ أنه كلما كان الشخص أنضج ، كانت الميول أكثر ثباتاً .

الشخصية Personality :

١ — وهذه من الممكن أن تعرف بطرق مختلفة ، فالبعض يستبعد النواحى المعرفية والنواحى الجسمية وهذا أمر اصطناعى ، وإن كان يفيد أحياناً ولكن فصل « الميول » عن الشخصية أمر لا يسهل الاعتراف به . ورغم ذلك فما يتبقى بعد ذلك له أبعاد كثيرة ، وإن كان بعض العلماء يحددون عدداً صغيراً من الأبعاد أو الأنماط المزاجية ومن هؤلاء من يقسم الأشخاص إلى نمطين منبسط ومنطوى مثلا ، كما سبق أن ذكرنا .

وبعض سمات الشخصية يكون لها أيضاً بعدان ، فهذا شخص يعتمد عليه

فى العمل أو لا يعتمد عليه ، يؤثر فيمن حوله أو لا يؤثر ، يبدأ العمل من نفسه أو لا يبدأ .

٢ — قياس بعض المحددات يكون ممكناً وقياس بعضها الآخر مثل السمات الخلقية والعوامل الانفعالية أو المزاجية قد لا يسهل قياسها عند فرد بعينه ، وربما كان الأسهل عملياً مقارنة أفراد المجموعة الواحدة بعضهم ببعض . ولكن تقدير بعض سمات الشخصية لشخص معين يكون أسهل كثيراً إذا قدرت بالنسبة لمهنة محددة ، فيسهل أن يقال إن هذا الشخص يمكن الاعتماد عليه عند عمل كذا أو عنده قدرة على بدء عمل معين وهكذا .

٣ — كذلك ليس من السهل تقسيم العاملين فى مهنة واحدة إلى ممتازين وضعاف فى العمل ثم مقارنة الصفات الشخصية بين الفريقين .

٤ — ربما كان الأشخاص الذين يعملون فى أعمال معينة يختلفون فى بعض سماتهم عمن يعملون فى أعمال أخرى ، ولو اختلفوا ظاهرياً فهؤلاء مثلا منبسطون أما أولئك فمنطوون . ولكن مثل هذا القول ما يزال يحتاج إلى تدعيم علمى .

٥ — كون صفات الشخصية لها ارتباط بالنجاح فى العمل ، هذا أمر أيضاً لا يسهل دراسته ،فلزوم قدرمعين من الذكاء ، وقدر معين من صفة كذا وصفة كذا أمر مفهوم ، ولكن أداء العمل لا يتوقف على المقادير فقط : قدر من هذا وقدر من ذاك ، ولكن يتوقف أيضاً على تفاعل هذه الصفات بعضها مع بعض فى الموقف الكلى للعمل ، ويتوقف على الدور الذى يكلف الشخص القيام به ، ويتوقف على غير ذلك . فالأمر إذن ليس من السهولة بمكان .

٦ — كثير من صفات الشخصية ثابتة . ولكن لما كان السلوك يتغير بتغير ظروف العمل ، فإن مدى التنبؤ محدود .

من كل ذلك يتضح أن تصنيف الأعمال حسب سمات الشخصية أمر لا يسهل عمله حتى الآن .

الحالة الجسمية Physique :

١ – النواحى الجسمية نفسها يمكن تحديدها بدقة (الطول ، الوزن) ولكن يندر أن تكون هذه النواحى لها قيمة . والنواحى الوظيفية فى كثير من الأحيان لا يكون لها قيمة كبيرة فمثلا « فلان يستطيع أن يحمل . . . . رطلا لمسافة . . . قدماً عدد . . . . من المرات يومياً » . هذه أمور لا يسهل تحديدها بدقة ، وكذلك « الصحة العامة » لا يسهل تحديدها أكثر من الخلو الظاهرى من نواحى النقص ، وعدم اللياقة الجسمية تحدد بنواحى القصور أو العجز الجسمى أو العاهات وهذه من شأنها أن تبعد الفرد من بعض المهن ، ولكنها لا تفيد فى اقتراحات إيجابية .

٢ – يمكن تقدير الصحة العامة للفرد وملاحظة نواحى القصور عنده فيبعد من بعض المهن .

٣ – العاملون فى كل مهنة يمكن ملاحظتهم جسمياً وصحياً ، ويلاحظ بصفة خاصة ضعيفو الإنتاج وتسجل نواحى القصور عندهم .

٤ – أحياناً تميز النواحى الجسمية بين العاملين فى مختلف المهن ، وبعض نواحى القصور يكون لها دخل فى بعض المهن دون بعضها الآخر فالعمى اللونى مثلا لا يحرم الشخص من جميع المهن .

٥ – الناحية الجسمية العامة ليس لها ارتباط وثيق بالنجاح إلا فى عدد قليل من المهن ، ولكن بعض الصفات الجسمية يكون لها أحياناً أهمية مثل طول القامة لرجل البوليس وخفة الوزن لجوكى الخيل .

ونواحى القصور الجسمى التى يظن الكثيرون أنها تحرم صاحبها من بعض المهن تحتاج إلى إعادة النظر والبحث الدقيق .

فالكثيرون يظنون لأول وهلة أن الكمسارى فى الأوتوبيس محتاج لأصابعه ، على حين أنه لوحظت حالات فقد فيها الرجل نصف أصابعه ومع ذلك كان يقوم بوظيفته خير قيام .

٦ — الحالة الجسمية العامة ثابتة وبعض نواحى القصور تكون مؤقتة .
واضح مما سبق أن الحالة الجسمية وظيفتها الأولى هى الا ستبعاد فى حالة القصور .
الظروف المحيطة « الخلفية » Circumstances :

وهذه تشمل طول الفترة التى يستطيع أن يخصصها الشخص للتدريب ، والأجور التى تدفع له ، والمساعدات التى قد يحصل عليها من أسرته فى أثناء مدة التدريب والتعليم ، وهل تهتم الأسرة كثيراً بمركز المهنة أو بمركزه فيها ؟ وهل حالة التوتر فى الأسرة تؤثر عليه فى العمل وما أعمال الأقارب والأصدقاء وما اتجاهاتهم نحوها ؟ وما آمالهم وما مستوى طموحهم ؟

من الواضح أن مثل هذه العوامل يتداخل بعضها مع بغض وتؤثر بعضها فى بعض وتتعادل بعضها مع بعض فى صورة معقدة .

١ — هذه العوامل من وجهة نظرنا هنا تهمنا من ناحية تأثيرها على المهنة ، ويمكن بحثها جميعاً كوحدة ونطلق عليها الظروف الخلفية Back.ground Support . والسؤال يكون إلى أى حد يستطيع الفرد أن يعتمد على العوامل الخارجة عنه .

٢ — بعض النواحى يمكن قياسها بدقة ومن أمثلتها النواحى الاقتصادية ، وهناك نواح أخرى لا يسهل قياسها مثل ثبات الأسرة ومستوياتها وقيمها . وبالرغم من صعوبة قياسها ، إلا أن الجميع يتحدثون عنها ودائماً يقدرونها فى مختلف المناسبات والتقدير يكون أكثر دقة كلما أخذنا الوقت الكافى للإلمام بالموقف قبل التقدير .

٣ — وواضح أن هذا البعد أو العامل لا يسهل قياسه عند بعض العمال المشتغلين فى مهنة معينة . وإن كان من السهل نسبياً تقدير بعض الصفات .

٤ — هذا البعد يميز فعلا بين مجموعات كبيرة من المهن . العامل المادى مثلا (أو الأجور) له أهمية وإن كانت أهمية آخذة فى النقصان فى كثير من الأعمال . ولكن ما تزال هناك حقيقة هامة وهى أن بعض المهن يتطلب منا كموجهين أفرادا لهم ظروف خلفية أحسن من غيرهم .

٥ ــ الظروف الخلفية لها غالبا ارتباط كبير بالنجاح فى العمل والارتياح منه ، وذلك حسب قرارات المشرفين على الأعمال والمسئولين ،وقد قرر ذلك كثير من الهيئات المشرفة على التدريب (نظام دفع الأجور) .

٦ ــ بعض هذه الظروف يكون ثابتا ويمكن عمل التنبوءات على أساسه وبعضها الآخر لا يمكن معه التنبؤ .

ولأهمية هذا العامل لا يمكن الاستغناء عنه كأحد العوامل المقررة فى التوجيه المهنى .

تلخيص :

مما سبق يتضح أن أكثر ما يقابل المعايير الستة التى ذكرناها من بين العوامل الهامة للتوجيه الثلاثة الآتية :

الذكاء والتحصيل الدراسى والظروف الخلفية ، يتبع ذلك الاستعدادات أو القدرات ، أما الميول وسمات الشخصية فيأتى دورها متأخر نوعاً . ورغم أهمية الناحية الجسمية فإنها لا تعطى اقتراحات إيجابية .

والخطورة فى أن بعض الناس يؤكدون أهمية بعض النواحى لا لأهميتها للعمل ، ولكن لسهولة أو لإمكان قياسها .

وبعد أن نضع ذلك موضع الاعتبار جيداً ، نستطيع أن نقول إن الذكاء والتحصيل والظروف الخلفية تصلح كعوامل أساسية للتوجيه ، أى عن طريقها يمكن فى وقت معقول توجيه الشخص توجيهاً مناسباً ، وإنه وإن كانت هذه العوامل الثلاثة كلها مرتبطة بعضها ببعض ارتباطاً عالياً فى العينات الكبيرة ، إلا أن قياسها وتقديرها جميعاً بالنسبة للفرد الواحد (وهو ما يهمنا هنا) يكون أكثر فائدة .

المراجع

١ — محاضرة الأستاذ الدكتور يوسف مراد عن «علم النفس فى خدمة الصناعة» فى أسبوع شباب الجامعات ١٩٥٤ — ١٩٥٥ .

2. Allen, E.P., & Smith, P.: "*The Value of Vocational Tests as Aids to Choice of Employment*". Birmingham, 1932.

3. Super, D.E.: "*Appraising Vocational Fitness by Means of Psychological Tests*".

4. McKenzie, R.M.: "*An Occupational Classification for Use in Vocational Guidance*", Occupational Psy. Vol. 28, No. 2, 1954.

الفصل الخامس عشر

التوجيه المهنى لذوى العاهات

والآن سنستعرض بعض الاختبارات السيكولوجية الشائعة الاستعمال ، ونقوم بتحليلها ، والغرض من ذلك تحديد أنواع العاهات التى لا تسمح لأصحابها بأداء بعض هذه الاختبارات دون بعضها الآخر . وسنجد مثلا اختباراً لا يستطيع الأعمى أداءه وإنما يستطيعه الأصم وهكذا . . .

اختبارات الذكاء

وهذه الاختبارات تختلف مادتها فقد تكون لفظية أو غير لفظية فالأولى مادتها اللغة والكلمات والأرقام ، والثانية مادتها الرموز والأشكال والمواد الخشبية والحسية وما إليها . ومن الاختبارات ما يمكن لجماعة أن تؤديه فى وقت واحد ومنها ما لا يمكن تطبيقه إلا فرديا وسنقوم الآن بفحص نماذج لكل منها : —

١ — الاختبارات الفردية :

اختبار استنفرد بينيه ، والاختبارات التى على شاكلته ، أى اللفظية الفردية .

ماذا يتضمن هذا الاختبار من أسئلة ؟ وكيف تلقى ؟ وكيف تعطى للشخص؟ وما الذى ينتظر منه أداؤه ؟

هذا الاختبار يتضمن خليطا كبيرا من الأسئلة المتنوعة : أسئلة شفهية (سؤال وجواب) ، أسئلة صورية ، أسئلة تتطلب الرسم ، أسئلة تتطلب العمل اليدوى ، أسئلة للتذكر ، أسئلة للقراءة . ويجرى الاختبار على هيئة مناقشة ،

ويحدث تفاعل ، أو أخذ وعطاء بين المختبر والعميل . والمختبر يتحدث كثيراً ويلقى بتعليماته . وعلى ذلك ينبغى أن يكون الطالب قادرا على السمع العادى.

والمختبر يعرض على الطالب صوراً ورسوماً ويتوقع من الطالب أن يرسم ، وعلى ذلك ينبغى أن يكون الطالب قادراً على البصر العادى .

والمختبر يسأل الطالب أسئلة وعليه أن يجيب عنها ، وعلى ذلك ينبغى أن يكون الطالب قادراً على النطق والتكلم .

كل هذه العوامل جعلت من اختبار بينيه اختباراً ممتازا لاختبار القدرة العامة عند العاديين ، ولكنه لا يصلح للأعمى أو للأصم أو الأبكم أو ضعيف البصر أو ضعيف السمع أو من يجد صعوبة فى النطق .

وعلى ذلك فليس هناك ما يمنع من تطبيق هذا الاختبار على شخص مبتور الساق أو الساقين أو أحد الذراعين أو مريض بمرض باطنى أو بمرض الصدر مثلا .



شكل (١٩) شاب يختبر عقلياً تمهيداً لتوجيهه إلى المهنة التى تناسبه

٢ — الاختبارات العملية : — Individual Performance Tests

ومن أمثلتها اختبار كولنز ودريڤر Collins & Drever هذه الاختبارات تتطلب وضع مكعبات بطريقة معينة ، لعمل بناء معين أو ترتيب الدومينو بشكل معين أو ملء الفراغ بالرسوم المناسبة ،الفرس وصغيرها ، المعلمة والتلاميذ ، القصص المصورة . . . إلخ * . وعمل هذه الأشياء لا يتوقف على مقدرة العميل على الوصف أو الشرح ، فصعوبة النطق هنا لا تهمنا ، بل المهم هو العمل . وإن معظم هذه الاختبارات لا تتطلب تعليمات شفهية ، وعلى ذلك فالسمع هنا ليست له قيمة وإنما يكفى البصر .

ونجد أن اختبار كولنز ودريڤر عُمل فعلا من أجل اختبار الصم فى إدنبرة ، ثم استخدم فى جامعة منشستر ثم ليدز وانتشر بعد ذلك .

٣ — الاختبارات الجمعية :

اختبارات الذكاء الجمعية تفترض بعض الافتراضات . فالاختبارات اللفظية منها كاختبار الذكاء الابتدائى أو الثانوى للقبانى تفترض مستويات طبيعية فى اللغة بحيث يستطيع العميل أن يفهم التعليمات التى تعطى له شفهيا أو تحريريا . والأسئلة عادة تكون ألفاظا متناسبة مع النمو اللغوى الطبيعى وكذلك تتضمن القدرة على القراءة.

أما الاختبارات الجمعية غير اللفظية مثل اختبار الذكاء المصور أو مصفوفات رافن Raven's Matrices فإنها تفترض إلماما باللغة يكفى لفهم تعليمات المختبر . ومادة الاختبار تكون كلها صوراً أو رموزاً ، وعلى ذلك فالقدرة على القراءة هنا لا تهم . وهذا النوع من الاختبارات يطلق عليه اختبارات غير لفظية Non-Verbal ولكن من بين الاختبارات الجمعية غير اللفظية نوع آخر يطلق عليه غير لغوية Non-language وفيه تكون التعليمات نفسها بالصور أو الرموز كاختبارات سبيرمان الحسية ، ولا يحتاج الطالب فيها للقراءة . وبعض هذه الاختبارات تتضمن إلمام الطالب بالأرقام فقط .

(*) انظر تفاصيل عامة فى موضوع الاختبارات فى كتاب « الاختبارات السيكولوجية » للدكتور محمد خليفة بركات .

الاختبارات التحصيلية

وهذه معظمها أو كلها اختبارات جمعية ، والغرض منها الوقوف على ما أمكن للشخص تحصيله فى مختلف المواد ، وكذلك تشخيص نواحى الضعف عنده .

وهذه الاختبارات جميعاً تفترض أن الطالب سار سيراً عادياً فى نموه اللغوى ومقدرته على القراءة .

وعلى ذلك فكلها اختبارات مطبوعة ولغوية وتتضمن الإلمام بالقراءة ، أى لا بد من القدرة على الإبصار .

اختبارات القدرات الخاصة

هنا أيضاً نجد اختبارات جمعية أو فردية والغرض منها محاولة كشف قدرات معينة عند الشخص كالقدرة الميكانيكية أو القدرة اليدوية أو القدرة الموسيقية أو القدرة الجمالية . . .إلخ وهذه الاختبارات لا تستلزم إلمام الشخص بمعلومات معينة أو دراسات خاصة ، ولكنها تكشف نواحى كامنة فى الشخص قد لا تكون سبق استغلالها إطلاقا .

وكل اختبار من هذه الاختبارات له افتراضات خاصة فى السمع أو البصر أو النمو العضلى .

اختبارات الشخصية

ما زلنا حتى الآن فى منتصف الطريق لإجراء تجارب فى اختبارات الشخصية ، ولا نستطيع حتى الآن أن نتنبأ عن يقين بنوع الاختبارات التى ستبقى . وهذه الاختبارات يمكن تقسيمها تقسيما أولياً إلى اختبارات جمعية وأخرى فردية . وقد تأخذ الاختبارات الجمعية صورة استفتاءات تشمل أسئلة ، والأسئلة تعرض على الطالب وعليه أن يؤشر عليها بطريقة أو أخرى . ومن الطبيعى أن هذه الاختبارات

تفترض أن الأسئلة يفهمها القارئ واللغة ينبغى أن لا تكون صعبة أو من مستوى أعلى من مستوى الطالب . ومن أمثلة الاختبارات الفردية اختبار بقع الحبر لرورشاخ واختبار تفهم الموضوع ، وغيرها من الاختبارات الإسقاطية Projective وهذه تتضمن عرض صور أو رسوم على الطالب وملاحظة ردود أفعاله وتسجيلها وإعطاءه تقديرات . وفى كل هذه الاختبارات يتدخل فقط السمع والبصر .

وبعد هذا التخطيط العام نستطيع أن ننتقل إلى بعض الطوائف الخاصة لنضيف إلى ما سبق ذكره فى الفصول الخاصة بها الأسس والاحتياجات العامة الواجب مراعاتها عند اختيار الاختبارات .

الاختبارات التى تطبق على الصم

الاحتياجات العامة : —

١ — لما كان الشخص الأصم لا يسمع فإن جميع الاختبارات التى تفترض سمعا عاديا تعتبر غير مناسبة .

٢ — لما كان الشخص الأصم لا يصل إلى المستوى اللغوى العادى بسبب عدم السمع ، فإن الاختبارات التى تتضمن تقدماً لغويا عاديا تستبعد كاختبارات الذكاء اللفظية .

٣ — واختبارات التحصيل يجب ألا تستخدم لها المعايير العادية ، وأن تكون تعليماتها بحيث يستطيع أن يفهمها الطالب .

٤ — ونفس الشيء ينطبق على اختبارات القدرات الخاصة واختبارات الشخصية ، أى أن التعليمات يجب أن تكون لغتها مفهومة ، وإلا أصبح الاختبار اختبارا للغة بالإضافة إلى الشيء الأصلى الذى يقاس .

اختبارات الذكاء للصم :

وتكون اختبارات فردية — لا تفترض شيئاً بخصوص اللغة ، ويمكن إعطاؤها بدون أى تعليمات شفهية ، وكلها من نوع اختبار كولنز ودريفر Collins & Drever أو بنتنر وباترسون Pintner & Patterson أو اختبار الإزاحة لألكسندر Alexander

Pass-along ويتكون الاختبار الأول من ثمانية أنواع من المشاكل كاختبارات المكعبات والدومينو وتقدير الأوزان وتقدير الحجوم ووجه الرجل وتكميل الصور كما سبق ذكره ، وتعطى الدرجات لكل قسم من هذه الأقسام ، ومجموعها يصل إلى ١٤٨ درجة ، وهناك معايير خاصة بالعاديين وأخرى خاصة بالصم . ومن الاختبارات الملائمة أيضاً هنا اختبار بورتيوس للمتاهات Porteus Maze Test ، وقد طبق هذا الاختبار على الصم ، ولكن لم ينشر حتى الآن تعليمات خاصة بالصم . وهذا الاختبار يختبر ناحية ضيقة جداً من السلوك ، ولذلك ينبغى اتخاذ الحذر التام فى اتخاذه كمقياس لذكاء الصم . ومن الاختبارات المعروفة أيضاً اختبار جود إنف لرسم الرجل Goodenough Drawing a man Test ولم يكن أصلا للصم ويجب استخدامه أيضاً بكل حذر . والاختبارات الجمعية للذكاء عند الصم ينبغى أن تبتعد عن اللغة ، والتعليمات كلها يجب أن تكون مصورة . ولو أردنا أن نستخدم المعايير الخاصة بالعاديين فينبغى أن يكون ذلك على أساس الاختبار الذى تكون تعليماته بنفس الكيفية أى مصورة .

الاختبارات التحصيلية للصم :

الاختبارات التحصيلية للعاديين لا تصلح للصم نظراً للصعوبات اللغوية وعدم سير المناهج فى مدارس الصم على مناهج العاديين . ولذلك يلزمهم اختبارات تحصيلية خاصة وتعليمات خاصة ومعايير خاصة . وليس منها شىء فى مصر ويوجد فى الخارج قليل ومن أمثلة ذلك النوع

Pintner Educational Survey Test, The Stanford Achievement Test.

اختبارات الشخصية للصم : —

هنا أيضاً الصعوبة هى اللغة التى تستخدم فى الاستفتاء ، وليس هناك سوى اختبار واحد يصلح للصم * وهو Brunschwig Personality Inventory for the Deaf

(*) See Teacher's College Contributions to Education. No. 687 1936.

وهذا الاختبار خاص بالأطفال فى السن المدرسى ، ويتكون من ٦٧ سؤالا فى لغة سهلة للغاية ، ويبين الاختبار تكيف الشخص بصفة عامة فى البيت والمدرسة والمجتمع . وهناك معايير مئوية عملت على أساس دراسة ٧٧٠ ولد أصم ، ٥٦٠ بنت صماء .

هذا هو الاستفتاء الوحيد الذى عمل خصيصاً للصم ، ولكن هناك استفتاءات أخرى خاصة بالعاديين قد طبقت على الصم بشىء من النجاح ومن هذه
Thurstone Personality Schedule, Vineland Social-Maturity Scale
وهذه الاستفتاءات لغتها تعتبر نسبياً أسهل من غيرها .

اختبارات القدرات الخاصة للصم : —

الاختبارات العادية قد أمكن عمل شىء من التعديل فى تعليمات بعضها حتى تصبح ملائمة للصم . ومن الاختبارات التى حدث فيها مثل هذا التعديل :
The Stanford Motor-Skills Unit, devised by Seashore &adapted byLong.
وكذلك The Minnestota Mechanical Ability Tests adapted by Stanton

اختبارات لضعاف السمع

ليس هناك حتى الآن اختبارات خاصة أو تعديلات لاختبارات مقننة لكى تتناسب مع ضعاف السمع ، ويبدو أنه لا توجد حاجة ماسة لذلك . فهذه الطائفة يمكن أن يطبق عليها اختبارات العاديين واختبارات الصم أيضاً .

اختبارات للعميان

من الطبيعى أن أى اختبار يحتاج إلى الإبصار يصبح هنا غير صالح. وهذا يترك أمامنا مجال الاختيار من بين الاختبارات الشفهية . وكذلك الاختبارات التى يمكن تحويلها إلى طريقة بريل Braille بالحروف البارزة . ويختلف

الأعمى عن الأصم فى أنه يتكلم كالعاديين ، وعلى ذلك فاللغة هنا هى المادة التى عن طريقها نقيس الذكاء . والاختبارات التى تعتمد كلية على اللمس تعتبر اختبارات مناسبة للعميان ، وإن كثيراً من هذه الاختبارات قد استخدم بدلا من الاختبارات البصرية لقياس الذكاء ، وهذا النوع من الاختبارات اللمسية عمل فقط للعميان ، وعلى ذلك فالمعايير هنا خاصة بالعميان .

وعلى وجه العموم ، تعتبر التعديلات المطلوبة فى الاختبارات العادية لكى تناسب العميان تعديلات أقل نسبياً من تلك التى تلزم فى حالة الصم . ومن الطبيعى أن الاختبارات التى تلجأ للقراءة بطريقة بريل يدخل فى تقديرها حساب الوقت بسبب بطء القراءة بهذه الطريقة إذا ما قورنت بسرعة القراءة العادية ، وعادة يكون الوقت اللازم ثلاثة أو أربعة أضعاف الوقت العادى .

اختبارات الذكاء للعميان : —

يوجد تعديل فى اختبار استنفرد بينيه قام به Samuel Hayes عام ١٩٤٢ وهذا الاختبار هو الاختبار المقنن للعميان والمعروف جيدا . وهو كما ذكرنا تعديل للاختبار المعروف فاستبدل ١٢ سؤالا مما لا تصلح للعميان بأخرى مناسبة . وفيما عدا ذلك ، فجميع الأسئلة تعتبر صالحة .

ومن الاختبارات المستخدمة هنا أيضاً اختبار وكسلر بلليفيو Wechsler-Bellevue وهناك اختباران آخران أقل انتشاراً مما ذكرنا وهما The Yerkes-Bridges Point Scale & The I. J. R. Intelligence Test for the Visually Handicapped.

واختبارت الذكاء الجمعية للعميان تكون مكتوبة عادة بطريقة بريل ، وعلى ذلك فهى غالية الثمن ولا يسهل تداولها . وهذا يعلل عدم وجود اختبارات كافية من هذا النوع .

والصعوبة الأخرى هى أن المصحح لا بد وأن يعرف طريقة « بريل » أو على

(*) See Hayes, S.P.: "Practical Hints for Testers". Teachers Forum, XI (1938-39) 82-93.

الأقل تترجم له إجابات بريل ومن أمثلة هذه الاختبارات الجمعية

The Kuhlmann-Anderson Intelligence Test

The Otis-Classification Test

The Pressy Mental Survey or "cross-out" tests.

اختبارات التحصيل للعميان : —

التعديل هنا سهل ، فكثير من الاختبارات العادية يمكن تحويلها إلى بريل مع تعديلات طفيفة . والإجابات يكتبها الطلبة ببريل أو على الآلة الكاتبة . وبعض الاختبارات يمكن إجراؤها شفهيا . وفى جميع الاختبارات ببريل يزاد الوقت كما ذكرنا إلى ثلاثة أضعافه .

ومن هذه الاختبارات عدد كبير فى اللغة (انجليزية) والقراءة واللاتينى والأسبانى والفرنسى والمعلومات العامة والحساب والرياضيات

The Stanford Achievement Test, adapted for use with the blind by Hayes

وليس منها شيء فى مصر .

اختبارات الشخصية للعميان : —

هناك اختبار واحد صمم خصيصاً للعميان الكبار وهو

The Emotional Factors Inventory by Mary K. Bamman

ومن اختبارات الشخصية التى أمكن تعديلها لتناسب العميان اختبار ثرستون Thurstone Personality Inventory وهو اختبار عام للثبات الانفعالى واستخدمه براون للعميان . ومن اختبارات الميول التى كتبت ببريل ، اختبار كودر

The Kuder Preference Record for Vocational . Interests

اختبارات القدرات الخاصة للعميان : —

ومن هذه اختبار معدل للعميان وهو اختبار القدرة الموسيقية لسيشور Seashore Measures of Musical Talent وهو اختبار جمعى أصلا ولكن يستخدم فرديا مع العميان وكذلك اختبار مينوسوتا Minnesote Rate of Manipulation واختبار بنسلفانيا فى القدرة اليدوية .

اختبارات لضعاف البصر

وضعت اختبارات قليلة جداً لضعاف البصر والاختبارات التي استخدمت هي تلك الاختبارات التي تستخدم مع العاديين مثل اختبار ستانفورد بينيه وما شاكله . والتعديلات المطلوبة تتلخص في إعادة الكتابة والطبع بحروف من الحجم الكبير ، وكذلك ينبغي إطالة الوقت المحدد لأن قراءة الحروف الكبيرة تأخذ وقتاً أطول ، وقد تم طبع هذه الاختبارات بهذه الحروف الكبيرة ، ولكن بكميات قليلة جداً .

اختبارات للمقعدين

إن نواحي القصور عند هذه الفئة نواحي عديدة بحيث يستحيل التعميم ، فبعضهم يمكن أن يأخذ اختبار بينيه ، وبعضهم يستطيع الكتابة جيدا ، فيمكن تطبيق الاختبارات التحريرية العادية سواء للذكاء أو للتحصيل ، ولكن الكثيرين لا يمكنهم الكتابة . وبعضهم عندهم قصور في نواحي النطق فيصعب عليهم الردود الشفهية أو ربما يستحيل. والبعض عنده قصور في الحركات العضلية muscular movement لدرجة أن جميع الاختبارات العملية Performance Tests تستبعد وأحيانا يستبعد إلى جانب ذلك جميع الاختبارات التحريرية . وحتى اليوم ، لم



شكل (٢٠) بتر الذراع الأيسر وبتر الساق اليسرى لا يمنعانه من مزاولة مهنة حياكة الملابس

تحدث أي محاولات لعمل تعديلات مناسبة للاختبارات المقننة لصالح هذه الفئة من ذوي العاهات ، إلا أننا نتوقع أن يقبل بعض الباحثين على هذا الميدان قريباً إن شاء الله.

الخلاصة

نستطيع أن نقول إذن إن عندنا الآن عدداً لا بأس به من الاختبارات السيكولوجية للصم والعميان . وقليلا جداً من الاختبارات لضعاف السمع ولضعاف البصر ، وربما كان السبب فى ذلك راجعاً إلى أن هؤلاء ليسوا فى حاجة إلى اختبارات تختلف كثيراً عن الاختبارات الخاصة بالعاديين .

وأخيراً ذكرنا أنه ليس هناك إطلاقاً اختبارات خاصة بالمقعدين .

ونود أن نؤكد فى الختام أن هذا الميدان البكر ، ما يزال فى حاجة ماسة إلى البحث العلمى الدقيق والله ولى التوفيق . . .

المراجـــع

1. Brigham, C.C. *"The Scholastic Aptitude Test for the Blind"*. Sch. & Soc., L. I. (1940), 91-96.

2. Brunschwig, L.: *"A Study of Some Personality Aspects of Deaf Children"*. Columbia T.C. Contribs to Educ., No. 687, 1936.

3. Davidson, M., and A.W. Brown : *"The Development and Standardisation of the I.J.R. Test for the Visually Handicapped"*. J. Appl. Psy., XXIII. (1939), 229-39.

4. Fortner, E.N.: *"A Group Intelligence Test in Braille"*. Teachers Forum (Blind) XI, (1939), 53-56.

5. Hayes, S.P.: *"Terman's Condensed Guide for the Stanford Revision for the Blind"*. (Perkins Inst. for the Blind) Mass, 1930.

6. Merry, R.V.: *"Adapting the Seashore Musical Talent Tests for Use with the Blind Pupils"*, Teachers Forum (Blind) III, (1930-31), 15-19.

7 Pintner, R , *"A Group Intelligence Test Suitable for Younger Deaf Children"*. J. Ed. Psy., XXII (1931), 360-3.

8. Pintner, R. & L. Brunschwig : *"An Adjustment Inventory for Use in Schools for the Deaf"*. Am. Annals of the Deaf, LXXXII (1937). 152-67.

9. Pintner, R., I.S. Fusfeld, and L. Brunschwig, *"Personality Tests of Deaf Adults"*, J. Genet. Psy., L. I. (1937), 305-27.

10. Stanton, M.B.: *"Mechanical Ability of Deaf Children"*. T.C. Contribs to Ed., No. 751. Columb., 1938.

خاتمة

حاولنا أن نعرض فى هذه الصفحات القليلة صور تمثل حالة آلاف الأفراد فى هذا المجتمع ممن حرموا بعض الحقوق والمزايا التى يتمتع بها الأصحاء . وتبين لنا أن هؤلاء الأفراد يكونون قوة هائلة إذا أحسن فهمها وتوجيهها توجيها مناسبا يقوم على أسس متينة ، ولا يكفى أن يفهمهم المختصون الفنيون فى مكاتب التأهيل المهنى وحدهم ، بل لا بد من العمل على إثارة الوعى العام ، حتى يستطيع المجتمع أن يقدر حالة هؤلاء الأفراد تقديراً مناسباً ، وأن ينظر إليهم النظرة الملائمة ، ويعمل على مساعدتهم على الاندماج فيه دون تمييز أو تفرقة .

ولو أدرك كل منا أنه معرض للإصابة فى أى لحظة مهما اتخذ من احتياطات فى العمل وأثناء عبور الطرقات وأثناء قيادة سيارته وفى غير ذلك ، وأن هذا ينطبق على زملائه وأصدقائه وأقاربه ، فإنه لا ريب يستنكر أى اتجاه مضاد للمجتمع إزاء الشخص المصاب .

إذا كان الأمر كذلك ، فما معنى أن تصل الحالة إلى درجة التخلص من العمال أو الموظفين بسبب إصابتهم بعاهات لا دخل لها بحسن سير الأعمال التى يؤدونها ؟ والأسوأ من ذلك هو التخلص من عمال أصيبوا بسبب العمل وأثناء العمل ! !

نحن فى حاجة إلى تشريعات لحماية هؤلاء الأفراد ، وفى حاجة إلى أن نتعاون جميعا ، الأطباء منا والاجتماعيين والنفسيين وأصحاب الأعمال ورجال المال لكى نكسب هذه الفئة . وعلينا أن نعمل على أن نمدهم بأطراف صناعية ملائمة ، وأجهزة طبية مفيدة ، وبكل ما نستطيع من معدات تعوضهم عما فقدوه ، وأن ندربهم على استخدام هذه الأطراف وتلك الأجهزة . كل هذا بشرط هام ،

وهو أن نحتفظ لهم بكرامتهم كاملة ، وألا نشجع البعض منهم على التواكل ، وأن نقدر الحالة النفسية لكل فرد منهم حق قدرها ، على أساس ما ذكرناه من الدراسات السيكولوجية التى يجب أن توضع ضمن إطار يمثل الحالة الفردية ، والظروف الاجتماعية التى تحيط بالفرد .

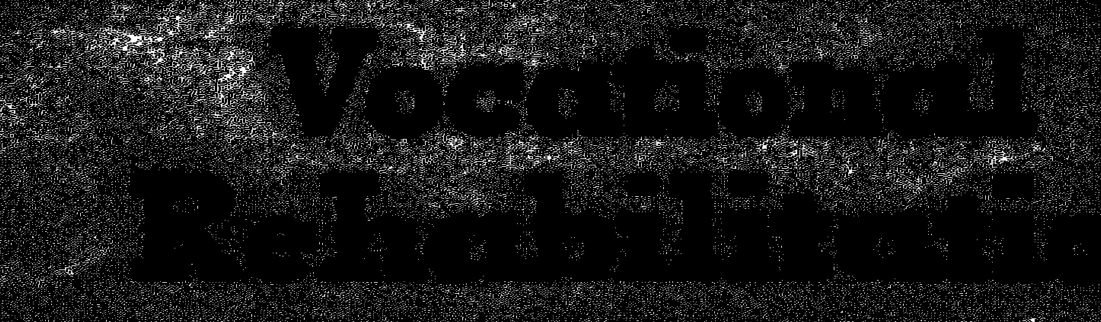
ونود هنا أن نتذكر أن كثيراً من الحالات تتحسن كثيراً إذا عولجت عن طريق العمل ، ويهمنا كذلك أن نوجه كل فرد إلى نوع العمل الذى يستطيع تأديته أفضل من أى نوع آخر ، وذلك عن طريق اكتشاف قدراته الموجبة ، واتباع الأساليب العلمية الصحيحة للتوجيه المهنى كما أشرنا إليها فى الباب الثالث .

يهمنا أن نوجه إلى السوق الحرة عمالا وموظفين يستطيعون الوقوف جنباً إلى جنب مع سليمى البنية فى حلبة التنافس . والواقع أننا فى حاجة إلى أن نوجههم إلى أماكن يستطيعون فيها أن يبزوا زملاءهم . وهذا ممكن لو تذكرنا أن كثيرين من الأصحاء لم يوجهوا على أساس دراسة قدراتهم ، بل إن الصدفة تحكمت فى توجيه حالات كثيرة منهم .

إذا ضمنا ذلك ، أصبح فى الإمكان أن نطالب لهذه الفئة بنفس فئات الأجور ، ونفس فرص الترقى المفتوحة أمام الأصحاء .

ولا يفوتنى — فى هذا المقام — أن أشير إلى ضرورة العناية بمن يصاب من الأطفال الصغار ، وذلك بأن تيسر أمامهم سبل التعليم فى المدارس وأن تفتح الفصول الخاصة للحالات المحتاجة إليها ، على أن يفتح المجال لكل فرد حسب إمكانياته .

كل ما ذكرت حتى الآن خاصاً بعلاج الحالة التى نحن بصددها ، وأود أن أختتم بالدعوة إلى بذل الجهود فى النواحى الوقائية حتى تقل الحوادث والإصابات إلى أقل حد ممكن والله الموفق .



- COUNSEL & GUIDANCE



- VOCATIONAL TRAINING



- SELECTIVE PLACEMENT

